

入会申込書

★お子様について

ふりがな お子様氏名			
平成 年 月 日生(満 歳) 血液型 型 男・女			
ふりがな 現住所			
ご自宅TEL () - - -			
最寄り駅 線 駅 徒歩 分			
小学校名 小学校 年 組			
既入会のご兄弟 無 有 お名前()			

入会希望のコース	レギュラー会員 週 日コース ・ 一時利用会員 ・ 一日回数券利用				
通所予定の曜日	月・火・水・木・金・土				
車送迎	必要 不要				

★ご家族について

ふりがな 保護者氏名			続柄	
お電話番号	FAX番号			
携帯電話				
メールアドレス 連絡メール配信先 (複数可)				

緊急連絡先① 第1優先

氏名	お子様からみた続柄	母・父・祖父母・兄弟・他()
お電話番号		

緊急連絡先② 第2優先

氏名	お子様からみた続柄	母・父・祖父母・兄弟・他()
お電話番号		

緊急連絡先③ ①、②につながらない場合

氏名	お子様からみた続柄	母・父・祖父母・兄弟・他()
お電話番号		

★ご家族の状況

氏名	お子様からみた続柄	お住まい	勤務先及び学校名学年
		同居・別居	

★健康について

かかりつけの病院(医院)	診療科	住所	電話番号

※救急車での緊急搬送に際しては、病院側の指示に従い搬送させていただきます。

アレルギー	無・有 (アレルゲンが分かっていれば、ご記入下さい。 詳しくご記入下さい。			
症状・対処法・お薬など				
既にかかった伝染病	はしか	済・未	おたふくかぜ	済・未
	水疱瘡	済・未	風疹	済・未
接種済みの予防接種	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> 麻疹・風疹	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ
	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> ヒブ	<input type="checkbox"/> 水疱瘡
平常時 体温	℃			
その他伝えておきたいこと				

アフタースクール二条に入会の上は、方針・会員規約に従います。

緊急時の治療をうけることについて、アフタースクール二条の職員に委任します。
写真・映像の使用については、個人情報の取扱いどおりに承諾致します。

保護者氏名

印