

(表)

第1号様式(第4条関係)

令和 年 月 日

すまいるスクール利用登録書 兼 利用児童状況票

品川区長 あて

次のとおり、すまいるスクールの利用の登録をします。品川区すまいるスクールの実施に関する条例を遵守して利用します。

保護者 (届出・申込者)	住所	〒 <span style="float:right">アパート・マンション名も記入してください</span>		
	フリガナ		電話番号	
	氏名			
利用児童	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日
	氏名	男・女		
	学校名・学年	小学校 年生 学園 (令和6年度)	すまいる スクール名	すまいる スクール( )
				利用開始月 月から

家族 (利用児童を除く全員を記入)

氏名	続柄	就労	勤務先・学校等(日中の連絡先)	
フリガナ		有・無	名称(学年)	
			所在地	
			電話番号	
			曜日・時間	
フリガナ		有・無	名称(学年)	
			所在地	
			電話番号	
			曜日・時間	
フリガナ		有・無	名称(学年)	
			所在地	
			電話番号	
			曜日・時間	
フリガナ		有・無	名称(学年)	
			所在地	
			電話番号	
			曜日・時間	
フリガナ		有・無	名称(学年)	
			所在地	
			電話番号	
			曜日・時間	

緊急連絡先及び緊急時に児童を引き渡す方 【例:品川 太郎(父) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇】

優先順	氏名(続柄)	電話番号	優先順	氏名(続柄)	電話番号
1			4		
2			5		
3			6		

※以下は子ども育成課・すまいるスクール使用欄です。記入しないでください。

受付処理欄	受付番号		延長	口座	減免	税証明	アレルギー	利用開始月	区処理欄	入力日	区分	口座	減免
	受付日							月					
	すまいるスクール名							開始時 登録区分					
	受付者												

※ 裏面も記入してください

(裏)

利用児童の健康状況等

氏名		平熱	℃	血液型	型
----	--	----	---	-----	---

利用時に配慮が必要なこと (あり・なし)

○配慮が必要な場合は具体的に内容を記入してください (健康面、生活面等)

○上記の内容に関して、すまいるスクールでの面談を希望しますか (はい・いいえ)

○就学相談・巡回相談を受けましたか (はい・いいえ)

※必要に応じ就学先の先生と指導に関する情報共有を行う場合があります

○就学前に通っていた施設名を記入してください

( ) 保育園・幼稚園・他

かかりつけ医療機関

(整形外科・歯科等 かかりつけ医があれば記入してください。無ければ空欄で結構です。)

名称		電話番号	
所在地		休診日等	
名称		電話番号	
所在地		休診日等	

特定疾患

病名			
医療機関	名称		
	電話番号		主治医
備考			

緊急時の引き渡しを希望する方(表面記載者を除く、ご家族以外の親族や知人など)

氏名	続柄	連絡先	
フリガナ		住所 (所在地)	
		電話番号	
フリガナ		住所 (所在地)	
		電話番号	