

放課後児童クラブ利用申込書

様式第1号（第7条関係） Formulário N°1(Relacionado ao Art.7°)

Inscrição para o Clube Infantil Após Horário Escolar (Hōkago Jidō Kurabu)

西暦 年, mês, dia

Ao Exmo. Sr. Prefeito do Município de Fukuroi

Requerente (responsável):

(申込者) 保護者

Código Postal/郵便番号:	
Endereço/住所:	
Nome/氏名:	
Telefone/電話:	
Nome do Jichikai/自治会:	

Nos termos do Artigo 7° das Diretrizes de Execução do Projeto de Desenvolvimento Saudável de Crianças Pós-Escola da Cidade de Fukuroi, solicito a utilização do Clube Infantil Pós-Horário Escolar (Hōkago Jidō Kurabu) conforme as informações declaradas abaixo.

Referente ao ano letivo de 2027 (Favor preencher com dados atual em 1°. De abril de 2027)

ふりがな:				Nome da Escola・Ano:	小学校 年
Nome da criança				学校名・学年	
児童氏名:					
Sexo/性別:	☐ M/男 ☐ F/女	Data de nascimento/ 生年月日:	年, mês, dia		
Período pretendido: 利用希望期間	西暦 年, mês, dia ~ ☐ 31 de março de 2028 ☐ ano, mês, dia				
Forma de uso: (chegar o item que se aplica ☒) 利用の形態	☐ Regular (frequentar durante os feriados prolongados)/常時利用長期有 ☐ Regular (não frequentar durante os feriados prolongados)/常時利用長期無 ☐ Somente durante os feriados prolongados/長期休業中のみの利用 ☐ Aos sábados (※) / 土曜日利用 * (Veja o Guia de Inscrição para locais e critérios de seleção.)				
Situação familiar (preencher todos que moram juntos)/家族状況	Nome (氏名)	Parentesco (続柄)	Data de nascimento 西暦 (生年月日)	Número de Telefone (apenas do Pai e Mãe) 電話番号 (父母のみ)	
		Pai / 父			
		Mãe / 母			

Termo de Consentimento (同意書)

Concordo com os procedimentos a seguir, com base nas disposições do Município de Fukuroi referente às diretrizes de Implementação do Projeto de Desenvolvimento de Saúde e Educação Infantil. (Assinale com ☒ o ☐ , após verificar o conteúdo.)

- ☐ As informações necessárias para o bom desenvolvimento infantil, relacionadas a criança que irá frequentar o clube, serão compartilhadas entre os funcionários da prefeitura, creche, jardim de infância, escola primária e o clube infantil após horário escolar.
- ☐ Autorizo que a Prefeitura utilize as informações em seu poder para verificar a situação familiar, a renda e os dados da inscrição. Além disso concordo que o comprovante de trabalho(Shuro Shomeisho)enviado no momento da inscrição seja utilizado para confirmação da situação atual referente ao ano fiscal de 2026.
- ☐ A decisão do ingresso poderá ser cancelada se o conteúdo da inscrição for considerado inconsistente ou falso.
- ☐ Estou de acordo e irei cooperar com as regras administrativas descritas no “Guia de Inscrição do Clube Infantil Após Horário Escolar”.

1. Situação dos Pais/保護者の状況

Classificação	Pai/父親	Mãe/母親
Trabalho/就労	☐	☐
Doença・Deficiência 疾病・障害	☐	☐
Cuidado e assistência permanente/介護・看護	☐	☐
A procura de emprego 求職活動	☐	☐
Estudo/就学	☐	☐
Desastre/災害	☐	☐
Outro/その他	()	()
Ausente/不在	☐ Morte/死亡 ☐ Divórcio/離婚 ☐ Solteiro/未婚	☐ Morte/死亡 ☐ Divórcio/離婚 ☐ Solteira/未婚

※ Exceto o item “ausente”, é necessário apresentar o atestado de trabalho ou o formulário de solicitação de cuidado infantil e termo de compromisso (junto aos documentos necessários).

2. Situação dos avós/祖父母の状況

Classificação	Nome e data de nasc. 氏名・生年月日（西暦）	Endereço, etc. 住所等
Avós paternos/父方	Avô/祖父 ----- 年 月 日 ano mês día	☐ Endereço no município/市内在住→(Fukuroi-Shi) ☐ Endereço fora do município/市外在住→() ☐ Falecido・Divorciado/死亡・離別
	★ ☐ Trabalho/就労 ☐ Doença・Deficiência/疾病・障害 ☐ Cuidado・Assistência/介護・看護 ☐ A procura de emprego/求職活動 ☐ Outro/その他 ()	
	Avó/祖母 ----- 年 月 日 ano mês día	☐ Endereço no município/市内在住→(Fukuroi-Shi) ☐ Endereço fora do município/市外在住→() ☐ Falecida・Divorciada/死亡・離別
	★ ☐ Trabalho/就労 ☐ Doença・Deficiência/疾病・障害 ☐ Cuidado・Assistência/介護・看護 ☐ A procura de emprego/求職活動 ☐ Outro/その他 ()	
Avós Maternos/母方	Avô/祖父 ----- 年 月 日 ano mês día	☐ Endereço no município/市内在住→(Fukuroi-Shi) ☐ Endereço fora do município/市外在住→() ☐ Falecido・Divorciado/死亡・離別
	★ ☐ Trabalho/就労 ☐ Doença・Deficiência/疾病・障害 ☐ Cuidado・Assistência/介護・看護 ☐ A procura de emprego/求職活動 ☐ Outro/その他 ()	
	Avó/祖母 ----- 年 月 日 ano mês día	☐ Endereço no município/市内在住→(Fukuroi-Shi) ☐ Endereço fora do município/市外在住→() ☐ Falecida・Divorciada/死亡・離別
	★ ☐ Trabalho/就労 ☐ Doença・Deficiência/疾病・障害 ☐ Cuidado・Assistência/介護・看護 ☐ A procura de emprego/求職活動 ☐ Outro/その他 ()	

※ 1 Se tem avós que residem na mesma área da jurisdição escolar fundamental, com a idade abaixo de 65 anos, na data base de 1º de abril de 2027, será necessário apresentar o “Atestado de Trabalho” ou o “Formulário de Solicitação de Cuidado Infantil e Termo de Compromisso” (junto aos documentos necessários).

※ 2 Ao mesmo tempo, o envio dos documentos é opcional se houver avós na idade compreendida entre 65 e 70 anos residindo na mesma área de jurisdição escolar. Porém, havendo muitos candidatos, dependendo do caso, a apresentação destes documentos terá importância. Portanto, solicitamos a apresentação dos documentos tanto quanto possível.

※ 3 Sobre os itens a serem preenchidos, preencha o endereço completo caso residir no município, e somente a província e município caso residir fora.

3 . Condições de saúde da criança, etc./児童の健康状況等

Possui alergia?/アレルギー	☐ Não/無	☐ Sim/有 ()
Possui asma ou doença? ぜんそく、病気等	☐ Não/無	☐ Sim/有 ()
Possui carteira de deficiência física?/身体障がい手帳	☐ Não/無	☐ Sim/有 () ☐ Requerimento em andamento・pretende requerer 申請中・申請予定
Possui carteira de deficiência intelectual?/療育手帳	☐ Não/無	☐ Sim/有 () ☐ Requerimento em andamento・pretende requerer 申請中・申請予定
Possui carteira de bem-estar social à pessoa com deficiência mental?/精神障がい健康福祉手帳	☐ Não/無	☐ Sim/有 () ☐ Requerimento em andamento・pretende requerer 申請中・申請予定
Frequenta a sala de apoio especial?/特別支援学級	☐ Não/無	☐ Matriculado(a)/在籍 ☐ Pretende matricular/在籍予定
Fez consulta sobre o desenvolvimento da criança? (tais como sala de suporte "Nukku", fonoaudiólogo, etc.) 発達等の相談	☐ Não/無	☐ Sim/有 (Nome da instituição de consulta: _____) 相談機関名
・ Com relação a sua criança, solicitamos o preenchimento, caso tenha algo causando preocupação em casa ou tenha histórico de doença e queira que estejamos cientes deste fato. ・ Caso esteja consumindo algum remédio, preencher a dosagem e os efeitos colaterais (sono, etc.). ・ Informe, caso tenha receita médica para uso de caneta de adrenalina (EpiPen) devido à alergia a plantas, etc. ・ 心配していることや病気歴など留意してほしいこと。 ・ 服用している薬がある場合、服用頻度や副作用の記入。 ・ 食物アレルギー等により、エピペンを処方されている場合はその旨を記入してください。		
【Preencher somente os novos alunos do 1º. ano】 Nome da creche, centro de educação infantil ou jardim de infância/在籍園名(新1年生のみ):		

※Certifique-se de preencher essas informações, por serem informações muito importantes para cuidarmos de sua criança.

4 .Outros/その他

転居(予定月)・出産予定日・育休(取得期間)・職場復帰予定日、単身赴任等、特記すべきことがあれば記入してください。
Informar: mudança (mês), parto (data), licença-maternidade/paternidade (período), retorno ao trabalho ou transferência temporária.

--

5. Contato/連絡先:

■ Endereço de e-mail/メールアドレス:	
-------------------------------	--