

Formulário de Inscrição para o Programa de Atendimento Extracurricular

2024 年度 放課後児童クラブ参加申込書

クラブ受付日 /	受付印
受()	

豊田市長様 ※Preencha também o verso.裏面もご記入下さい

Responsável/保護者	Código Postal 郵便番号	-		Endereço 住所											
	フリガナ														
	Nome* 氏名														
	Data de Nascimento 生年月日	ano	年	mês	月	dia	日	1 Tel. resid.		-		-			
							3 Celular		-		-				

Aluno(a)本人(児童)	フリガナ														Sexo	M	F
	Nome 氏名																
	Data de Nascimento 生年月日	ano	年	mês	月	dia	日	シ	0	1	2	H/R					
	Escola matriculada	小学校		Nome da Escola em que o Clube desejado se localiza				小学校		Série do ano letivo		2024		年生			

Período que deseja participação no Clube 参加希望月	Férias de abril 4月春休み	Abril 4月	Maio 5月	Junho 6月	Julho 7月	Férias de julho 7月夏休み	Férias agosto 8月夏休み	Setembro 9月	
	5,500円		5,500円	5,500円	5,500円		8,000円	5,500円	
	※Somente férias: ¥3,000				※Somente férias: ¥4,000				
	Outubro 10月	Novembro 11月	Dezembro 12月	Férias de dezembro 12月冬休み	Férias de janeiro 1月冬休み	Janeiro 1月	Fevereiro 2月	Março 3月	Férias de março 3月春休み
	5,500円	5,500円	5,500円		5,500円		5,500円	5,500円	
			※Somente férias: ¥1,000		※Somente férias: ¥1,000			※Somente férias: ¥3,000	

Composição familiar (exceto o aluno)	Nome氏名	Parentesco 続柄	Data de nascimento生年月日	Idade 年齢	Empresa/Escola/Creche 勤務先・学校(学年)・こども園等
			ano mês dia 年 月 日		
			ano mês dia 年 月 日		
			ano mês dia 年 月 日		
			ano mês dia 年 月 日		
			ano mês dia 年 月 日		
			ano mês dia 年 月 日		

Contatos de Emergência 緊急連絡先	① Nome 氏名	Relação続柄	Tel	Local de trabalho職場
	② Nome 氏名	Relação続柄	Tel	Local de trabalho職場
※Por favor, forneça telefones que possam ser contactados mesmo durante o horário de trabalho.				
※Em caso de ferimentos graves, desastres naturais etc. a Administração entrará em contato.				

処理欄	口座	無・有	T	無・有	要件調査	入力	/	決定通知	/	コピーを クラブ送付	/
-----	----	-----	---	-----	------	----	---	------	---	---------------	---

Situação dos responsáveis/保護者の状況		Em caso de trabalho ou estudo 就労・就学の場合							
		Pai 父				Mãe 母			
Avô 祖父	Mãe 母	<input type="checkbox"/> Trabalho em tempo integral 常勤	<input type="checkbox"/> Autônomo 自営	<input type="checkbox"/> Trabalho tempo parcial 臨時・パート	<input type="checkbox"/> Estudo 就学	<input type="checkbox"/> Trabalho em tempo integral 常勤	<input type="checkbox"/> Autônomo 自営	<input type="checkbox"/> Trabalho tempo parcial 臨時・パート	<input type="checkbox"/> Estudo 就学
		Dias de trabalho/estudo 勤務(就学)日数		Trabalha/estuda 勤務・就学		dias por semana 日/週		dias por semana 日/週	
Horário de trabalho/estudo 勤務(就学)時間		hora 時	minuto 分	~	hora 時	minuto 分			
Tempo de locomoção 通学(通学)時間		horas 時間		minutos 分	(1da片道)				

Em caso de doença ou assistência 病気・介護の場合			
Parentesco com a criança 児童との続柄	Pai 父/Mãe 母/Avô 祖父/Avó 祖母/Outro 他()	Local de tratamento ou assistência 療養(介護)の場所	<input type="checkbox"/> Em casa 自宅 <input type="checkbox"/> Hospital 病院 <input type="checkbox"/> Outro 其他()
Nome do hospital em que está... 通院・入院の病院名	Se tratando 通院 Internado 入院	Frequência de atendimento 通院(介護)の状況	()回 vezes por semana 週・mês 月

Horário de utilização 利用期間	Período de aulas 学期中	Após as aulas 授業終了後	até まで	da tarde 午後	Quem busca 主たる送迎者	Relação com a criança 続柄 ()
	Durante férias escolares 長期休業中	de 日	da manhã 午前	até まで	da manhã 午前・da tarde 午後	Quem busca 主たる送迎者

Por favor, responda às questões sobre a saúde e desenvolvimento da criança. As informações servirão para analisar a necessidade de atendentes extras e outras medidas especiais. 以下の項目は、お子さんへの適切な支援、及び補助支援員配置の参考とします。なるべく詳しく記入してください。

Informações sobre a saúde e desenvolvimento da criança 児童の状況等		Doenças 病気		Saúde 健康		Alergias アレルギー		Diagnóstico/ Nome da enfermidade 診断名・障がい名		Carteira de Deficiente (anexo cópia) 手帳所持		Frequente/frequentará Classe Especial? 特別支援学級在籍(予定)		Frequente instituições* de tratamento ou terapia? 療育施設等の利用	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Enfermidade: 病名等 (Especifique 具体的に)				Tipo de alergia, alérgenos etc.: 内容 (Especifique 具体的に)		Diagnóstico / Nome da enfermidade: 診断名・障がい名 (Especifique 具体的に)		Tipo/Categoria: 手帳名等		Tipo de Caderneta () 手帳 () 判定・() 級		Última data que fez consulta, tratamento ou terapia (ano/mês/dia) 直近で施設を利用した日: 年 月 日	
						Procedimento de emergência: 対処法 (Especifique 具体的に)								Nome do estabelecimento médico ou instituição de apoio: 施設名: _____	
														*Centro de Desenvolvimento Infantil, instituição de apoio ao desenvolvimento infantil, serviço de atendimento após as aulas para crianças especiais etc.	
Cuidados especiais necessários 保育上特に希望すること															

手帳の写しのり付し箇所Code-agui a cópia de Caderneta de Deficiente

Termo de Compromisso e Concordância 承諾書・同意書	
Sobre os Termos de Compromisso e Concordância constantes na página 5 do Guia do Programa de Atendimento Extracurricular 2024	
(1) Termo de Compromisso Declaro para os devidos fins que honrarei os compromissos firmados. Declaro ainda que não contestarei o cancelamento da matrícula de minha criança, por parte da instituição, por não cumprir com os termos firmados.	
(2) Termo de Concordância Declaro para os devidos fins que concordo com os itens descritos.	
Nome do responsável*: _____	*Preencha este campo à mão.

Anuência a Confisco do Auxílio Infantil em Caso de Inadimplência 児童手当・特例給付に係る放課後児童クラブ参加者負担金の徴収等に関する申出書	
Declaro para os devidos fins que, conforme previsto pela Lei de Auxílio Infantil, artigo 21, parágrafo 1º, autorizo o confisco do Auxílio Infantil para fins de liquidação da(s) Tarifa(s) pendente(s) do Programa de Atendimento Extracurricular (Clube Infantil).	
Declaro ainda estar ciente de que o confisco é aplicável até a revogação e/ou alteração do presente Termo. ※ O confisco abrange os benefícios de todas as crianças matriculadas no Programa.	
Nome do responsável*(Pai): _____	Nome do responsável*(Mãe): _____ *Preencha este campo à mão.