

参 加 申 込 書 兼 同 意 書

令和 年 月 日

(宛先) 旭川市長

住 所 旭川市

電話番号 ()

フリガナ
保護者氏名

フリガナ
参加者氏名 (中学校 年 組)

登校の有無： 有 無 部活動の有無： 有 無

フリガナ
参加者氏名 (中学校 年 組)

登校の有無： 有 無 部活動の有無： 有 無

旭川市子どもの健全育成支援事業についての説明を受け、理解したので、

(抛点型 ・ 訪問型) に参加を申し込みます。

支援の決定・実施にあたり、私及び私の世帯員の生活保護又は就学援助の受給状況、生活歴、及び抱えている課題等支援に必要な情報を旭川市、業務受託者、必要に応じて学校等の教育機関において共有することに同意します。

私の世帯は (生活保護 ・ 就学援助) を受給しています。

※就学援助を受給している場合は、就学援助認定通知書のコピーを添付してください。

調査票

参加希望の方は、ご記入をお願いします。ご記入いただいた情報は、参加希望者が定員を超えた時に参加者を選定するために使用し、他の目的に使うことはありません。

ご本人の状況について教えてください。	
当てはまるもの全部に○をつけてください。	
<input type="checkbox"/>	不登校（気味）である。
<input type="checkbox"/>	しばらく外出していない、ひきこもり（気味）である。
<input type="checkbox"/>	宿題をやらないことが多い。
<input type="checkbox"/>	夜更かしのため、朝起きられない。
<input type="checkbox"/>	自分の勉強机がない。

ご家族の状況について教えてください。	
当てはまるもの全部に○をつけてください。	
<input type="checkbox"/>	ひとり親
<input type="checkbox"/>	保護者の方が障がいや重い病気等で、働くことができない。

その他、伝えておきたいことなどがありましたら、ご記入ください。

拠点型にお申し込みの方は、以下の欄にご記入願います。（訪問型にお申し込みの方はご記入不要です。）

希望の拠点の左側に○をつけてください。				
○	拠点名	場所	曜日	時間
<input type="checkbox"/>	フィール旭川拠点	1条通8丁目	日曜日	13:00～16:00
<input type="checkbox"/>	神楽岡拠点	神楽岡 12条2丁目	火曜日	17:00～19:00
<input type="checkbox"/>	住吉拠点	住吉4条1丁目	水曜日	16:00～18:00
<input type="checkbox"/>	東光拠点	東光5条2丁目	木曜日	17:00～19:00
<input type="checkbox"/>	永山拠点	永山4条13丁目	金曜日	17:00～19:00

ご記入ありがとうございました！

