

2025 年度

芝浦アイランド児童高齢者交流プラザ 低学年バスハイク正式申込書

ふりがな 本人氏名			男 ・ 女
生年月日 (西暦)	20	年	月 日 才
住 所	〒		— 電話 () —
学校名・学年	() 小学校		年生
バスハイク中の 緊急連絡先	第1	氏名 連絡先 (□自宅・□携帯・□勤務先)	続柄 電話 () —
	第2	氏名 連絡先 (□自宅・□携帯・□勤務先)	続柄 電話 () —
<p>以下、カッコ内に○をご記入ください</p> <p>3月5日(水)15:00~16:00</p> <p>「低学年バスハイク事前説明会」に (参加します ・ 参加できません)。</p> <p>※参加するお子様に向けた説明会です。</p>			
<p>以下カッコ内に時間・○をご記入ください</p> <p>3月26日(水)バスハイク当日は (到着後すぐ ・ 時間 :) に、 (1人帰り ・ お迎え お迎え者 父・母・その他)で帰宅します。</p> <p>※<u>帰宅時間に変更がある場合は、必ずあいぷらまでご連絡ください。</u></p> <p>変更連絡の際は、低学年バスハイクに参加の旨をお伝えいただきますようお願いいたします。</p>			

※裏面もご記入ください

本児童は健康であり、このたびのプログラムに参加させるにあたり、支障ありません。

2025年 月 日

保護者署名

印

※個人情報、港区個人情報保護条例に基づき適正に管理するとともに、
使用後は破棄致します。

※バスハイク中に撮影した写真は館内掲示等に使用することがあります。
不都合があるご家庭は予めお申し出ください。

健康チェック欄

アレルギー体質ですか

はい いいえ

★はい と答えた方は以下にご記入ください。

摂取してはいけない食品や、動物など注意の必要なもの環境があれば下部の枠内にご記入ください。

本人の体質にあてはまるものがあれば○をしてください。

乗り物酔いしやすい / おなかを壊しやすい / 貧血を起こしやすい / 鼻血が出やすい

便秘しやすい / アレルギー性鼻炎を患っている / 偏頭痛あり

酔い止めの服薬 (あり ・ なし)

※酔い止め薬の管理は、お子さんご自身にお願いをします。バス乗車前にスタッフより声掛けのみ行います。

その他、健康上の留意点・特別な配慮事項等ございましたらお書きください。

☆記入漏れのないようお願いいたします。