

令和6年4月8日

1年生保護者各位

杉並第一小学校
校長 山口 祐美子
すぎっ子くらぶ 事務局
代表 伴野 博美

2024年度 **すぎっ子くらぶ** 入会のご案内（1年生）

平成16～18年度まで、文部科学省の支援を受け立ち上げ、実施してきました子どもの居場所活動“すぎっ子くらぶ”は、平成19年度以降は文部科学省の定めるところにより、放課後子ども教室すぎっ子くらぶとして、杉並区教育委員会及び学校支援本部・地域の支援を受け、今年度も引き続き実施することとなりました。

つきましては、下記のとおり入会のご案内をいたしますので、別紙1. 実施要綱をご理解いただき、お申込みくださいますよう、お知らせいたします。

記

1. 実施日（予定）
 - 1学期：1年生 4月18日（木）～7月12日（金）
 - 2学期：9月 2日（月）～12月20日（金）
 - 3学期：2025年1月14日（火）～3月19日（水）

※ その他学校行事及び状況により、変更になる場合があります。

※ 4月15日（月）・16（火）・17（水）に 入会体験を実施します
詳細は 別紙4 をご覧ください
2. 実施時間 授業終了時～17：00
3. 費用 6,500円（入会時）（おやつ代は参加日数により、追加徴収があります）
 - (1) 入会金：一人 1,000円/年
 - (2) 保険料（2025年3月末日まで）：一人 500円（損害保険）
※ 杉並区は中学生まで、医療費は無料となっている為、すぎっ子くらぶでは物損に対する保険に加入します。ご家庭で加入の保険が損害対象のものであれば、ご相談ください。
 - (3) おやつ代：120円/日×申し込み日数（入会時に3,000円先払い）
 - (4) 運営費：2,000円/年（感染症等対策費用含む）
※ 上記費用は、入会申込み時に徴収いたします。
4. 申込み方法 入会は登録制とします。
別紙2・3に必要事項をご記入の上、4/15（月）～17（水）（体験入会日）に2階多目的室にて受け付けます。（受付時間：授業終了時～15：30）
※ できるだけ保護者の方がご持参願います。
※ 申し込み締め切り後の入会に関しましては、ご相談ください。
5. その他 学校行事又は、感染症等の流行により、急遽実施日等が変更になる場合がありますので、ご了承願います。
急な変更による各ご家庭の対応につきましても、よろしく願いいたします。

以上

2024年度“すぎっ子くらぶ”実施要項

1. 目的 放課後の子どもたちの、安全かつ安心できる居場所の確保を目的とし、杉並第一小学校の施設を借り、杉並第一小学校の児童の為に活動するものです。
※ 保育・託児の場ではありません
2. 場所 杉並第一小学校 施設
(多目的室・図書室・体育館・校庭)
3. 対象 杉並第一小学校 児童
※ 学童クラブ登録者は、重複しての申し込みはできません。但し、特別プログラムへの参加は、児童館と相談の上で可能となります。
4. 内容 自由遊び
5. その他 子どもたちの安全を徹底するため、校門を一步出たら、各ご家庭の責任と認識していただき、できるだけ すぎっ子くらぶ 終了後は、ご家族の方のお迎えをお願いしています。

自由遊びが目的ではありますが、集団活動です。それなりのルールがあります、すぎっ子くらぶの運営に、支障をきたす行動につきましては、その都度ご家庭に相談させていただきます。

2024年度 すぎっ子くらぶ 入会申込書

新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/>		入会申込日	年 月 日
入会を申し込む児童	年 組	(ふりがな) (生年月日 年 月 日 満 才)	
保護者氏名	印		
参加曜日 (参加希望曜日に○を記入してください)			
参加希望	曜 日	注1 希望する帰宅時間を記入してください	備 考
	月曜日	授業終了時 ~ :	
	火曜日	授業終了時 ~ :	
	水曜日	授業終了時 ~ :	
	木曜日	授業終了時 ~ :	
	金曜日	授業終了時 ~ :	

※ 注 1 帰宅時間とは、校門を出る時間です

※ 土日祭日・長期休業期間中はお休みです

但し 夏休み中の活動を検討中です 決定次第お知らせいたします

※ すぎっ子くらぶのルールを守れない場合は、入会後であっても

入会をお断りすることがあります

入会金	運営費	保険料	おやつ代
1,000円	2,000円	500円	3,000円

地域子ども教室“すぎっ子くらぶ”参加登録票

提出年月日 年 月 日

拠点名(教室名)	2024年度 すぎっ子くらぶ			
(ふりがな) 参加者氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	年 月 日(満 才)
学校名・学年・組	杉並第一小学校 年 組			
自宅住所	〒 ー			
保護者氏名			自宅電話番号	
緊急連絡先	第1連絡先	氏 名	(続柄:)	電話番号
	第2連絡先	氏 名	(続柄:)	電話番号
	第3連絡先	氏 名	(続柄:)	電話番号
健康状態等 持病の有無	無	有 ⇒ 具体的に(アレルギー等があれば詳しく記入してください)		
近所のかかりつけ 医療機関	小児科	名 称: ----- 住所・電話番号:		
	眼科	名 称: ----- 住所・電話番号:		
	歯科	名 称: ----- 住所・電話番号:		
	整形外科	名 称: ----- 住所・電話番号:		
同校在籍の兄弟	年 組 氏 名			
	年 組 氏 名			
その他 知らせておきたいこと				