

年間入所児童票

令和 年 月 日現在

放課後児童 クラブ名				小学校	学年
ふりがな		性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日 (年令 才)
児童名					
自宅住所	久喜市			就学前に通っていた園	
電話番号					
保護者名	(続柄)			(続柄)	
勤務先名					
電話番号	()			()	
学童利用曜日調査 (主に利用する曜日を全て☑で記入してください)				習い事： 有 ・ 無	
<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土				習い事名：	
保育利用時間	平日		放課後	～	時 分
	土曜日		時 分	～	時 分
	学校の休業日		時 分	～	時 分
主な送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 (続柄： 氏名：)				
緊急連絡先 (優先順)	氏名	続柄 ()	電話番号	()	
	氏名	続柄 ()	電話番号	()	
	氏名	続柄 ()	電話番号	()	
保護者以外 のお迎え	住所	電話番号	()		
	氏名 (機関名)	児童との関係	()		
健康状態	アレルギーはありますか 有 ・ 無 疾患名： <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> その他 () アレルギーを起こす物質 (食べ物など) ()				
	今までに大きな病気をしたことがありますか 有 ・ 無 病名 () いつ頃 () 薬を飲んでいますか 有 ・ 無 (薬名)				
※平熱 (°C)	身体面で注意してほしいことはありますか 有 ・ 無 注意点 ① ②				
主治医	かかりつけの医療機関がありますか 有 ・ 無 医院・病院名： 電話番号 ()				
児童の性格・その他			特記事項 (支援員に伝えておきたいこと)		
.....				
.....				
.....				
身体障害者手帳 の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中	療育手帳 (緑の手帳) の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中		

