放課後児童クラブ児童票

様式第2号(第5条関係)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 年　　月　　日 |
| 児童名 |  |
| 自宅住所 |  | 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 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 利用曜日（主に利用する曜日を全て☑で記入してください）□月　　□火　　□水　　□木　　□金　　□土　 | 習い事：　　有　・　無習い事名： |
| 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 | クラブだより等への写真の掲載について(クラブだより等はホームページに掲載しています)可 ・ 不可 |
| 主な送迎者 | □父　□母　□祖父　□祖母　□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（　　　　　　　） |
| 健康状態平熱 　　　　℃ | アレルギーはありますか　有　・　無疾患名：□食物アレルギー　□アトピー性皮膚炎　□アレルギー性鼻炎　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）アレルギーを起こす物質（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今までに大きな病気をしたことがありますか　　　有　・　無病　　名： |
| 身体面で注意してほしいことはありますか　　　　有　・　無注意点（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 主治医 | かかりつけの医療機関がありますか　　　　　　　有　・　無 |
| 医院名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　） |
| 慢性的な疾患による服薬 | 有□　無□ | クラブへの持参 | 有□　　無□ |
| 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 | □なし　□あり　□申請中 | 療育手帳（緑の手帳）の有無 | □なし　□あり　□申請中 |