

放課後児童クラブ児童票

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 氏名(機関名) | 電話番号 () 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: □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 () | | | | |
| 平熱 | 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 | |