

一時入所児童票

(クラブ)
年 月 日提出

ふりがな			性別
児童名			男 ・ 女
生年月日	年 月 日	自宅電話番号	
住所	〒	()	
学校名・学年	小学校		学年
保護者名	続柄 ()	続柄 ()	
勤務先名			
電話番号	()	()	
緊急連絡先 (優先順)	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	住所	電話 ()
	氏名・児童との関係	氏名	児童との関係 ()
その他			
・ 《平熱》℃ ・ アレルギーはありますか 有 ・ 無 疾患別 <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 (.....) ・ 薬を飲んでいますか 有 ・ 無 (薬名) ・ 支援員に伝えておきたいことはありますか 有 ・ 無 有の場合 ① ② ③			