

淡島幼稚園 未就園児の定期的な預かり事業 利用登録書

登録日 西暦 年 月 日

淡島幼稚園 園長 殿

このたび貴園、未就園児の定期的な預かり事業について次のとおり申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日			園児顔写真
名前		男・女	西暦	年	月 日	
			【 第 () 子 】			
現住所	〒 - TEL ()					
在籍要件確認 (□にチェックを入れてください)						
<input type="checkbox"/> 本児童は、認可保育園、地域型保育事業、認定こども園、幼稚園、認証保育所、保育室、保育ママ、企業主導型保育施設のいずれの保育施設にも在籍していません						
ふりがな		続柄	生年月日		連絡先	
保護者名		父	西暦	年	月 日	電話 ()
職業		勤務先			電話	()
保護者名		母	西暦	年	月 日	電話 ()
職業		勤務先			電話	()
緊急時の連絡先 (保護者の方以外)	氏名		続柄	電話番号		
	①					
	②					
これまでの生活						
* 託児の経験について具体的にお書きください。(例：現在まで家庭保育のみ、〇〇保育園 〇歳～〇歳まで など)						
お子さんの状態について						
健康状態について	熱性けいれん (ひきつけ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最近 歳 力月 (過去 回程度)				
	喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいる (□毎日(朝・昼・晩) □発作時) <input type="checkbox"/> 吸引をしている (□毎日(朝・昼・晩) □発作時)				
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食品名) * アレルギーあり場合は、別紙「アレルギーについて」の用紙に記載をお願いします。				
	上記以外での大きな病気、ケガなど					
	かかっている医師		内科	TEL ()		
外科			TEL ()			
その他			TEL ()			
排泄	おむつ (外れていない・外れている・就寝時のみ) 大便 1日 (~ 回) 軟・普通・硬					
その他	* お子さんについて知らせておきたいことがありましたら、お書きください。					
希望日 (しるしを入れる)	月	火	水	木	金	
	□	□	□	□	□	

* 添付資料：「乳児医療証の写し」、「保険証の写し」、「健康診断結果」