

令和8年度

## 児童票

(表面)

※油性ボールペン(黒)を使い、学年等は4月1日現在のものを記入。裏面もあります。未記入がないようお願いします。  
勤務先に直通電話番号がある場合は代表番号ではなく、そちらを記入してください。プリントの際はA4両面印刷をお願いします。

学童名	岩井(第1・第2)・泉野・光山・川角(第1・第2)保育所										
ふりがな				性別	学年	新 年生					
児童氏名				男・女	入所日	令和	年	月	日	～	
生年月日	平成	年	月	日	学童利用予定日	□月□火□水□木□金□土					
住所	〒 350-04 毛呂山町										
電話番号						出身保育園・幼稚園					
学童在籍兄弟・姉妹の有無	有・無 有の場合その氏名(新年: )										
入所を希望する理由	就労	求職活動	就学	出産・育休	病気	障害	看護・介護	災害	その他		
入所を必要とする理由を証明する書類	就労証明(父)		就労証明(母)		求職活動誓約書	1人親家庭(謄本写等)		診断書		その他	
父	ふりがな				勤務時間		時 分 ~ 時 分				
	氏名				勤務先電話番号						
	勤務先				休日						
	所在地				父の携帯番号						
母	ふりがな				勤務時間		時 分 ~ 時 分				
	氏名				勤務先電話番号						
	勤務先				休日						
	所在地				母の携帯番号						
緊急連絡先 (遠方の方ではなく、必ず連絡のつく方)	第一 (関係 ) (電話 )										
	第二 (関係 ) (電話 )										
	第三 (関係 ) (電話 )										
児童の帰宅	迎え 父・母・その他(下記にご記入ください)						時間	時 分			
	※保護者以外の方がお迎えに来る場合は記入してください。 ここに登録された以外の方にはお子様の引渡しはできません。										
	氏名 ( ) (関係 ) (電話 )										
	氏名 ( ) (関係 ) (電話 )										
家族の状況 ※入所児童以外全員	氏名	生年月日			続柄	性別	職種・雇用形態・学校名等				

入所決定通知書

R . . 済

今までにかかった主な病気・予防接種の有無			
麻疹(はしか)	かかった ・ かかっていない	予防接種	した ・ しない
水痘(みずぼうそう)	かかった ・ かかっていない	予防接種	した ・ しない
おたふくかぜ	かかった ・ かかっていない	予防接種	した ・ しない
風疹(三日はしか)	かかった ・ かかっていない	予防接種	した ・ しない
大病をしたことがありますか	無 ・ 有(病名 )		
持病を持っていますか(アレルギー等)	無 ・ 有(病名 )		
現在定期的な診察や投薬を受けていますか(いる ・ いない)			
_____ 病院で _____ について			
今まで言葉や発育のことで相談や指導をうけたことがありますか(ある ・ ない)			
_____ 年 _____ 月頃 (場所) _____ で _____ について			
かかりつけの病院	内科	外科	
保険証	名称	記号	番号
血液型	型	平熱	℃
学童から行く習い事など		曜日	時間
			時 分から 時 分まで
			時 分から 時 分まで
			時 分から 時 分まで
			時 分から 時 分まで
①学童保育所では、毎月児童の様子などを保護者宛にお伝えする「わんぱくだより」を発行しています。 その際、児童の写真の掲載について、問題はありませんか。 <input type="checkbox"/> 写真掲載に同意します。 <input type="checkbox"/> 写真掲載に同意しません。			
②学童保育所では軽い切り傷、虫刺され、打撲などに市販の絆創膏、塗り薬、湿布等使用することがあります。使用することに問題ありませんか。 <input type="checkbox"/> 薬使用に同意します。 <input type="checkbox"/> 薬使用に同意しません。			
家庭からの注意事項や保護者から見たお子さんの様子など(性格等)なるべく細かくご記入ください。 また、支援・配慮が必要な場合も、こちらに詳細を記載してください。			

( 児童氏名

) 保護者氏名 \_\_\_\_\_