令和9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両面印刷でお願いします。

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 児童氏名		性別 男・女	学年 入所日	新　年生 令和　年　月　日～					
生年月日	平成 令和　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 氏名			勤務時間	時　分～　時　分					
			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 氏名			勤務時間	時　分～　時　分					
			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） 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

（裏面）

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
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。

☐ 写真掲載に同意します。 ☐ 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。

☐ 薬使用に同意します。 ☐ 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 ＿＿＿＿＿＿＿＿