

令和8年度 児童票 夏休み用 (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		年生				
児童氏名		男・女		利用期間 (いずれかに○)		1. 7月と8月 2. 7月のみ 3. 8月のみ				
生年月日		平成 令和		年 月 日						
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(謄本写真等)	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)								
		氏名 () (関係) (電話)								
家族の状況 ※入所児童以外		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。			
③安全な保育を行う上で、お子さんの様子等について学校等との情報共有を行う場合があります。 <input type="checkbox"/> 同意します。			
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