



(裏面)

児童の健康状態等について	ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男
	氏名					<input type="checkbox"/> 女
	かかりつけ医 (医療機関)					
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( )				
	治療中・相談中の病気の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( )				
	健康、発達、行動等で配慮・支援が必要なこと	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( )				
	肖像権の使用に関する同意 (お便り、市報、メディア取材等)	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない				
児童と同居する保護者 (祖父母等を含む)	ふりがな	続柄	勤務先・職業等	連絡順位	電話番号 (緊急連絡先)	
	氏名					
			帰宅： 時 分頃			
			帰宅： 時 分頃			
			帰宅： 時 分頃			
			帰宅： 時 分頃			
			帰宅： 時 分頃			
その他連絡事項等						

【添付書類】

- ・入所希望理由に伴う証明書等
- ・その他必要と認める書類