

児童氏名	ふりがな	男・女	学校	小学校	学年	(新) 年 組
			担任名	出身園		
	西暦 年 月 日生					
保護者	ふりがな	続柄	住所 〒			
			自宅電話			
携帯電話	母	緊急連絡先	母			
	父		父			
メールアドレス	必須 <small>お便りや緊急連絡に使わせていただきます</small>					
保護者以外の緊急連絡先	ふりがな	続柄	ふりがな	続柄		
	氏名		氏名			
	電話		電話			
家族の状況（対象児童を除く）	氏名	年齢	続柄	勤務先（学校・保育園・幼稚園）名・住所・電話番号		勤務時間
	ふりがな			名称		時 分
				住所		～
				電話		時 分
	ふりがな			名称		時 分
				住所		～
				電話		時 分
	ふりがな			名称		時 分
				住所		～
				電話		時 分
	ふりがな			名称		時 分
				住所		～
				電話		時 分
	ふりがな			名称		時 分
				住所		～
				電話		時 分

保育の必要理由	（※該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください）					
	1. 保護者が日中居宅外で労働し、他に児童を保育するものがない 2. その他（具体的に記載してください） [ ]					
祖父母の状況	甲府市放課後児童クラブの方のみ記入下さい（※該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください）					
	1. 同居しており対象児童の保育ができる 2. 近隣にいて対象児童の保育ができる 3. 同居して（または近隣に）いるが、 {就労・疾病・高齢・その他（ ）} のため対象児童の保育ができない 4. いない（または近隣にいない）					
保育に関する要望						

(※該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください)

健康 の 状 況	アレルギーの有無	有・無	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー（該当食物：  ） <input type="checkbox"/> その他のアレルギー（  ）		
	かかりやすい病気等の有無	有・無	１．気管支炎　２．気管支喘息　３．下痢　４．じんま疹　５．けいれん（ひきつけ）　６．その他（  ）		
	過去の病歴	有・無	これまでに大きな病気にかかったことはありますか？【有】とお答えの方、病名・時期・医療機関・治療内容をお教え下さい。（熱性けいれん等も含む） 〔  〕		
	継続治療が必要な病気等の有無	有・無	病名（  ） 通院医療機関名（  ） 通院は月に　　　　　日　・　週に　　　　　日		
	障害者手帳の有無	有・無	手帳の種類・障害名・障害の級別（程度） 〔  〕		
	特別な配慮・支援の必要性	有・無	配慮・支援の内容 〔  〕		

児童の性格	
-------	--

好きなこと苦手なこと

発育や発達 の 状況	１．特に発達や発育の遅れはない ２．（視覚・聴覚・言語・運動機能）に障害や発達の遅れなどの気になることがある。 ３．よくわからないが気になることがある（具体的に記載してください） （  ）				
集団行動の状況	１．できる                ２．ほとんどできる                ３．できない				
通学の状況	１．普通学級に在籍       ２．特別支援学級に通級（普通学級在籍）    ３．特別支援学級に在籍				
かかりつけの病院	病院名 <span style="float:right;">電話番号</span>				
血液型	型	平熱	℃	健康保険証番号	

写真及び動画掲載について（YMCA HP・YMCAお便り・Facebook等のSNS）下記番号を選択下さい。 ※名前が載ることはありません

１ 写真及び動画等の掲載に同意します。

２ 個人が特定されない条件で同意します。（後ろ姿、横顔ならOK）

３ 写真及び動画等の掲載に同意しかねます。

保護者以外の引渡者名簿

氏名		年齢	続柄	
1				電話番号：
				住所：
				勤務先：
2				電話番号：
				住所：
				勤務先：
3				電話番号：
				住所：
				勤務先：