

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
	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） 〔 〕							
	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 電話番号		
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：