

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 電話番号
血液型	型 平熱 °C 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：