見本

児　童　票

㊙

提出日　２０２６年　１２月　５日

ふりがな	ふくつ　いち		性別	生　年　月　日		学童入所経験
児童氏名	福津　市		□　男 ■　女	2020年4月2日		■無　□有
学　校　名	宮司小学校　1年生　R9.4.1時点の学年を記入ください			平熱		36.8℃
住　　所	福津市宮司●丁目●－●			自宅電話	お持ちの方のみ	
保護者	氏名	父	福津　太郎	携帯電話	000-0000-0000	
		母	福津　花子	携帯電話	000-0000-0000	
	勤　務　先			電話番号		帰宅時間
	父	●●●●会社		000-000-0000		18時
	母	●●●●会社		000-000-0000		19時
緊急連絡先 ※優先順位で記入ください。	1	福津　太郎	続柄：父	電話　000-0000-0000		
	2	福津　花子	続柄：母	電話　000-0000-0000		
	3	福津　一郎	続柄：祖父	電話　000-0000-0000		
かかりつけの医院	内　科	かかりつけの医院がある場合のみ		外　科		
	歯　科			その他		

家族構成	NO	氏　　名	年齢	続柄	勤務先・連絡先
	1	福津　太郎	40	父	●●●●会社 000-0000-0000
	2	福津　花子	40	母	●●●●会社 000-0000-0000
	3	福津　一郎	68	祖父	●●●●会社 000-0000-0000
	4	福津　福子	4	妹	●●●保育園　年長
	5				
	6				
	7				

入所児童の記載は不要。

同居している家族全員分を記入ください。
学生や未就学児の場合は、通学・通園している場所の名前、学年を記入ください。

児童の発達に関すること	1．障がい･発達の遅れ･疾病　□　無　☑　有 状況･病院（施設）･診断名　（風邪の際に呼吸が荒くなる･●●小児科･喘息　）		
	2．利用施設がある場合はチェックを入れてください（放課後デイサービス含） □　のびのび発達支援センター　□　療育施設等（　）		
	3．手帳の交付（身体障害者手帳･療育手帳）　☑　無　□　有		
	4．アレルギーの有無　□　無　☑　有　（　卵　）		
	5．エピペンを医師に処方されている　☑　無　□　有		
	6．学童保育所に対して保護者からお願いすること。（特に配慮等が必要な場合） 卵アレルギーがあるので、おやつの提供に気を付けてもらいたい。		
	7．児童の性格や好きな遊びについて 正義感が強い。自分の気持ちをうまく表現できない。外遊びを好む。		
帰宅の状況	1. お迎え（常時迎えに来る人の氏名：福津　太郎　続柄：父　）		
	2. 児童が自分で帰宅（学童保育所から帰す時間　：　） ※午後5時からはお迎えになります。		
土曜日の利用	☑　無　□　有	延長保育の利用	□　無　☑　有
学童保育所から習い事、塾、放課後デイサービス等へ行く場合	種類（水泳、ピアノ等）	曜日	欠席、来所、退出時間等について （なるべく詳しく記入してください）
		□　月曜日	□欠席　☑来所　退所時間（　18時　）
		□　火曜日	□欠席　☑来所　退所時間（　18時　）
		□　水曜日	□欠席　☑来所　退所時間（　18時　）
		□　木曜日	□欠席　☑来所　退所時間（　18時　）
		□　金曜日	□欠席　☑来所　退所時間（　18時　）
		□　土曜日	☑欠席　□来所　退所時間（　18時　）

依頼することがある場合、記入ください。

お子様の性格、好む遊びなど、記入ください。

●卒園した保育所、幼稚園名（新一年生のみ）

●●●●　幼稚園･保育園（所）

●仲良しの友達

九州　福子さん

●　その他特記事項がありましたら記入ください。

●学童保育所から自宅までの略図（帰宅経路を赤字で記入）

手書きの地図、地図を印刷した紙をのりで張り付けたものでも構いません。