伊豆市こども園・保育園 入所申込 児童の状況票

※該当する□にチェックしてください。

お子さんの状況を確認するためにご記入をお願いします。 児童氏名 児童氏名 生年月日 生年月日 第一希望の園名 第一希望の園名 【現在の保育状況】 【現在の保育状況】 □ 保育園または幼稚園・こども園に預けている。 □ 保育園または幼稚園・こども園に預けている。 保育園・幼稚園・こども園)・施設名(保育園・幼稚園・こども園) •施設名(•利用開始日 •利用開始日 月 □ 託児所等に預けている。 □ 託児所等に預けている。 •施設名(施設名(•住所 •住所 ·保育開始日 •保育開始日 年 月 年 月 日 •保育料 月額 •保育料 月額 分 (调 分 (调 日) 日) □ 保護者等が保育している。 □ 保護者等が保育している。 保育している人 □ 母 ・保育している人 🗆 母 □ 父 □ 父 □ 祖母 □ 祖父 □ 祖母 □ 祖父 ·保育場所 □ 自宅 □ 勤務先 •保育場所 □ 自宅 □ 勤務先 □ その他(□ その他(□ その他(□ その他(【児童の健康状況】 【児童の健康状況】 ● アレルギー(食物・アトピー性皮膚炎等)はありますか ● アレルギー(食物・アトピー性皮膚炎等)はありますか □ ある(食物 ・ アトピー ・ その他) □ ない □ ある(食物 ・ アトピー ・ その他) □ ない ▶ 医師の診断 □ ある □ない ▶ 医師の診断 □ ある □ない 症状() 症状() 制限する食品等(制限する食品等(ひきつけの経験はありますか ひきつけの経験はありますか か月の時〕 □ある「歳 か月の時〕 ● 健診時の指摘事項やその他発達上の心配事や定期 ● 健診時の指摘事項やその他発達上の心配事や定期 的な通院等はありますか 的な通院等はありますか □ある 口ない □ ある 口ない 症状() 症状(病名() 病名() 病院名(病院名(调または月にどのくらい通所してますか 调または月にどのくらい通所してますか [週 · 月 回程度] [週 · 月 回程度] ● 身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか ● 身体障害者手帳や療育手帳をお持ちですか □ はい □ いいえ はい □ いいえ 「身体障害者手帳 級 「身体障害者手帳 級 [療育手帳 級] [療育手帳 級 ● その他、入園にあたり、健康上または発達上 その他、入園にあたり、健康上または発達上 気になることがありましたら、ご記入ください 気になることがありましたら、ご記入ください