

児 童 票

クラブ名	戸沢村放課後児童クラブ		学校名	戸沢学園	
ふりがな 児童氏名			生年月日	平成	年 月 日
令和					
自宅住所	戸沢村大字				
電話番号	(自宅) 0233()		(携帯)	-	- (続柄:)
保護者	父	ふりがな 氏名	勤務先	☎ ()	
	母	ふりがな 氏名	勤務先	☎ ()	
緊急 連絡先	1	ふりがな 氏名	続柄	携帯・自宅・勤務先 ※○で囲んでください ☎	
	2	ふりがな 氏名	続柄	携帯・自宅・勤務先 ※○で囲んでください ☎	
	3	ふりがな 氏名	続柄	携帯・自宅・勤務先 ※○で囲んでください ☎	
主な送迎者	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他(続柄:) ※□に✓をしてください				
父母以外のお迎え	ふりがな		続柄	携帯	
	氏名		祖母	☎ - -	
健康状態	平熱 _____℃ ※□に✓をしてください				
	アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	疾患名: <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎				
	<input type="checkbox"/> その他()				
	アレルギーを起こす物質:				
	発症時の対応について:				
	身体面で注意してほしいことはありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	注意点:				
	現在通院している持病はありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	診断名:				
かかりつけの医療機関がありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医療機関名:					
常時飲んでいる薬はありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、クラブへの持参 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
薬の種類や服用回数等:					
振替休日や長期休暇期間の1日利用時に、服薬の必要はありますか <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
薬の種類や服用回数、時間等:					

児童の性格など

特記事項(支援員に伝えておきたいこと)

習い事など	名称	曜日	時間				
			時	分	～	時	分
			時	分	～	時	分
			時	分	～	時	分
			時	分	～	時	分

クラブから自宅までの略図