＜　補　足　調　書　＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校名・学年 | 小学校・　　年 | 児童氏名 |  |
| 児　童　の　状　態 | 性格 |  |
| 健康状態 | □健康　□病弱（病名：　　　　　　　　　、主治医：　　　　　　　　　） |
| 血液型 | 型 | 平熱 | ．　　　℃ |
| 感染症歴 | □おたふく風邪　□水ぼうそう　□はしか　□風疹　□その他（　　　　　） |
| 食物アレルギー | □無　□有（該当食物：　　　　　　　　　、エピペンの処方：□無　□有） |
| 特別支援 | □普通学級　□特別支援学級└→①就学指導委員会の判定：□無　□有（□普通学級　　□特別支援学級）②通級指導教室：□無　□有（教室名：　　　　　　　　　　） |
| 療育手帳 | □無　□有（□Ａ　□Ｂ） | 身体障害者手帳 | □無　□有（　　　級） |
| 治療・相談中の病院・施設等 | 電話(　　　)　　－ | 服用中の薬 | □無□有（薬の種類：　 　　　） |
| 卒園名 | 名称：　　　　　　　　園、所在地：　　　県　　　区市町村（市外の場合） |
| その他 | お子さんについて知らせておくこと |
| 利用を希望する理由 |  |
| 利用曜日 | 放課後児童クラブ | □月曜日　□火曜日　□水曜日　□木曜日　□金曜日**※土曜クラブ（土曜日）は、別途申込みが必要です。** |
| 土曜クラブ | □土曜日**※放課後児童クラブ（月～金曜日）は、別途申込みが必要です。** |
| 緊急連絡先 | 順番 | 氏　　　名 | 続柄 | 種　　　類 | 電　話　番　号 |
| １ |  |  | 携帯・勤務先・自宅 | (　　　　)　　　　－ |
| ２ |  |  | 携帯・勤務先・自宅 | (　　　　)　　　　－ |
| ３ |  |  | 携帯・勤務先・自宅 | (　　　　)　　　　－ |
| 帰 宅 方 法 | □家族のお迎え（お迎えに来る方を右欄に記入してください。）□ファミリーサポート等を利用**開所時間外の預かりは、ファミリーサポートセンターを利用してください。（℡３５－１８５１）** | 順番 | 氏　　　名 | 続柄 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| 祖　父　母　の　状　況 | 続柄 | 氏　　　名 | 居住状況 | 住所 | 就労状況 | 勤務先・病名等※傷病等で就労無の場合 | 勤務日数 |
| 生年月日 | 年齢 | ※敷地内別棟・隣接地に居住の場合は同居としてください | 勤務時間 |
| 父方 | 祖父 |  | 同居・別居死別・離別 |  | 有・無 |  | 週 　日 |
| 年　　月　　日 | 歳 | ～ |
| 祖母 |  | 同居・別居死別・離別 |  | 有・無 |  | 週 　日 |
| 年　　月　　日 | 歳 | ～ |
| 母方 | 祖父 |  | 同居・別居死別・離別 |  | 有・無 |  | 週　 日 |
| 年　　月　　日 | 歳 | ～ |
| 祖母 |  | 同居・別居死別・離別 |  | 有・無 |  | 週　 日 |
| 年　　月　　日 | 歳 | ～ |