

ふりがな		男	生年月日	
児童氏名		・	平成	
		女	年	月 日
<p>・該当する児童は□にレ点をお願いいたします。(チェックで記入省略可)</p> <p><input type="checkbox"/> 以下太線内について、兄弟姉妹(学童利用の上の子)にて記入済みの為、記入を省略します。</p> <p>※同年度内のみで有効となります。</p>				
現住所	前橋市			
ふりがな		自宅付近の略図		
保護者氏名		(ネット等での印刷添付も可)		
児童との関係				
自宅電話番号 (携帯可・続柄 )				
緊急連絡先	続柄	第1 場所名		
		電話番号		
		第2 場所名		
		電話番号		
		第3 場所名		
		電話番号		
家族構成 (同居者の記入を必ず)				
氏名(ふりがなの記入)	年齢	児童との関係	勤務先・在校名	勤務先電話番号

体質（血液型 型） 平熱（ 度）			
消毒薬・虫刺され薬について ・消毒薬(マキロン等)の使用は（可・不可） ・虫刺され薬の使用(ムヒ等)は（可・不可） ※学童保育中の怪我・虫刺され対応時の参考とさせていただきます。			
身体等の特徴(例：持病、鼻血が出やすい、アレルギーなど。)			
病歴			
かかりつけ医(複数ある場合は全て記入をお願いします。) ※医療機関にかかる場合の参考とさせていただきます。			
医療機関名	診療科	住所	電話番号
※学童側記入欄(何も記入しないでください)			

今までの様子（生活や性格）

利用曜日(利用を制限するものではありません)						
平日	月	火	水	木	金	土
長期休み	月	火	水	木	金	土

\*利用を予定する曜日に○を付けてください。土曜は希望者のみ(保育料別途)になります。