

調査票

この調査票は、お子様の保育上注意しなければならないこと等について事前にお尋ねするものです。該当する項目にチェックをつけるか、必要事項を記入してください。

児 童 氏 名		生 年 月 日	平成 年 月 日
---------	--	---------	----------

調査票に記載した情報を葛城市および当該児童の保育を実施する施設で共有することについて同意します。

記入日：令和 年 月 日

保護者氏名

○ お迎えについて

1	お迎えに来る人	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他()
2	お迎えに来る時間	通常 時 分頃

○ 滞納の有無

3	学童保育料滞納の有無	☐ なし ☐ あり (滞納額:) 滞納がある場合、申込までに必ず納付してください。納付が確認できない場合、個別にご連絡を入れさせていただきます。
---	------------	--

○ 健康状態等について

3	今までにかかった病気・事故	☐ なし ☐ あり (病名:)
4	健康状態等で心配なこと	☐ なし ☐ あり (具体的に □言葉や発達のこと、相談をしたり指導を受けたりしたことがある 【場所: 】で【 】について
5	集団生活で心配なこと	☐ なし ☐ あり (具体的に)
6	現在行っている治療・通院・療育状況	☐ なし ☐ あり (歳 ヶ月のときから) (医療機関または療育施設名) (現在の状況 ☐ 治療・通院・療育を続けている ☐ 続けない) (通院・療育は、年 回、月 回、週 回、不定期)
7	服用中の薬について	☐ なし ☐ あり (1日 回、朝・昼・晩)⇒(薬名) ※学童保育所では、投薬・薬の管理等は行いません。
8	けいれん	☐ なし ☐ あり (歳の時) けいれん時の発熱 ☐ なし ☐ あり(. ℃) 過去に治療を ☐ 受けていない ☐ 受けている
9	手帳等について	☐ なし ☐ あり 【 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳】 ※手帳の写しの添付をお願いします。
10	食物アレルギー	☐ なし ☐ あり 原因物質 ☐ 卵 ☐ 乳 ☐ 小麦 ☐ えび ☐ かに ☐ 落花生 ☐ そば ☐ くるみ ☐ その他() 発症した時期 (年 月ごろ) 発生した状況と症状 () アナフィラキシーショック ☐ なし ☐ あり・原因物質() 処方薬 ☐ なし ☐ あり【薬名 ☐ エピペン ☐ その他()】
11	(その他、気になることがあれば記入してください)	

○ 個人情報に関する同意について

障がい等により特別に支援が必要な児童の入所申請の場合は、必要に応じて教育委員会、保育所、幼稚園、小学校及びその他関係機関から障がいの程度や児童の生活状況等を把握させていただきます。

上記内容について承諾しました。

保護者氏名： _____

申込児童の出身保育所・幼稚園名： _____

同意書及び誓約書

1. 申請書類で内容が実態と異なる場合は、学童保育所の入所を取り消されても異議を申し立てません。
2. 就労証明書の記載内容について、適正であるか確認する必要がある場合、調査されることに異議を申し立てません。
3. 必要な場合は小学校等から児童についての情報を提供されることに同意します。
4. 学童保育料を遅滞なく納付し、滞納しないことを誓います。滞納した場合は、いかなる措置を講じられても異議を申し立てません。
5. 集団生活が困難、他児や学童指導員に暴力・危害を加える等の事象が起こった場合、退所となっても異議を申し立てません。
6. 学童保育所敷地内の備品等器物破損に伴う修繕費は全額実費で保護者が負担することに、異議を申し立てません。

葛 城 市 長 様	年	月	日
学 童 名	学童保育所		
住 所	葛城市		
誓約者氏名			
児童氏名			

※市町村記入欄	入所申込受付日	受付場所		就労証明提出	受付印
	令和 年 月 日	☐ 當麻庁舎 ☐ 新庄庁舎 ☐ 学 童		父 ・ 母 ・ 他	
		申立書	コピー	早朝カード	
			済 ・ 未済	済 ・ 未済	