

児 童 票

1号・新2号	ふりがな		男・女	生年月日
組	名前			年 月 日
住所	〒			TEL —
家族及び同居人	続柄	勤務先・学校	住所・TEL(携帯)	
主な送迎者名 (続柄)	()		緊急連絡先 氏名・TEL(携帯)	
健康保険証 番号			かかりつけ 病院	

(住所、電話等変更があった場合は、ご連絡ください。)

＜健康状況＞

平熱 (.....度)

1. アレルギーはありますか？
ある (.....) ・ ない
2. アレルギーによる食事制限はありますか？
ある (どんな食べ物:.....)
ない
3. 食べ物によるジンマシンがでたことは、ありますか？
ある (どんな食べ物:.....)
ない
4. お昼寝はしていますか？
する (.....時間位) ・ しない
5. 特に注意している点、園に伝えておきたい点がありましたら、お書きください。

.....
.....

*は記入しないで下さい。

*