

山ノ本こども園 1号認定 入園申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人大原野児童福祉会 山ノ本こども園 園長 池上美香 様

(住所) 〒

(保護者 氏名)

(電話) - - 連絡のつく番号を記入してください

こども園へ下記の児童を入園させたいので申請します

ふりがな 児 童 氏 名	性別	生 年 月 日	入園申し込み 学年 (該当する番号に○をしてください)
	男 ・ 女	令和 年 月 日生	1. 3 歳児 (年少) 2. 4 歳児 (年中) 3. 5 歳児 (年長)

■ 児童の様子について (該当する番号に○をしてください。)

食物アレルギーはありますか	1. なし 2. あり (アレルギー 食材)
今まで発達のこと、専門機関に相談、または療育施設に通園されていますか	1. なし 2. あり (相談内容) 3. 療育施設名 () 4. 手帳の有無 (なし ・ 身体障害者手帳 ・ 特別児童扶養手当 ・ 療育手帳)
現在、他の園に入園されていますか	1. なし 2. あり (園名)

■ 入園児童の家族構成 (入園児童以外の同居者全員を記入してください。)

ふりがな 氏 名	性別	続柄	生 年 月 日	勤務先・学校等
	男 ・ 女		昭・平・令 年 月 日	
	男 ・ 女		昭・平・令 年 月 日	
	男 ・ 女		昭・平・令 年 月 日	
	男 ・ 女		昭・平・令 年 月 日	
	男 ・ 女		昭・平・令 年 月 日	