**児　童　票**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　現在

特定非営利活動（ＮＰＯ）法人　東松山市学童保育の会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| クラブ | | | 小学校名・学年  　　　　　　　　　　　　　　　　小学校　　　　　　　　　年 | | | | | | | | | | | | | |
| 子どもの | |  | | | | | | 住所　〒 | | | | | | | | |
| 電話番号（自宅・携帯）　　　　　　　　　　　　（続柄：　　） | | | | | | | | |
| 生年月日 | | Ｈ　 年 　 月　　 日　(4/1現在 　満　　　　歳) | | | | | | | | | | | 血液型 | | |  |
| 家族構成  勤務先等  及び  電話番号  **(同居者全員)** | |  | | | | 続柄 | | 生年月日(西暦) | | 勤務先・学校等 | | | | | 勤務先等電話番号 | |
|  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
|  | | | |  | |  | |  | | | | |  | |
| 本人の  健康状態 | | **平熱**  **℃** | | 健康上  配慮  すべき点  (既往症等) | | | |  | | | | | アレルギー  有・無 | | | アレルギー物質 |
| かかりつけの病院 | | （内科・外科・眼科・歯科など） | | | | | | | 保険証番号 | | |  | | | | |
| 緊急  連絡先 | 優先順 | 氏　名 | | | 続柄 | | 連絡先名称 | | | | 連絡先の種類 | | | 電話番号 | | |
| **１** |  | | |  | |  | | | | 勤務先・携帯・自宅 | | |  | | |
| **２** |  | | |  | |  | | | | 勤務先・携帯・自宅 | | |  | | |
| **３** |  | | |  | |  | | | | 勤務先・携帯・自宅 | | |  | | |
| その他緊急連絡先、留意点など | | | | | | | ＜自宅周辺図＞ | | | | | | | | | |

　※変更があった場合は、かならず指導員までお知らせください。