＜　補　足　調　書　＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名・学年 | | | | 日吉津小学校　　　年 | | | | 児童氏名 | | |  | | | |
|  | かかりつけ医 | | |  | | | | | | | | | | |
| 血液型 | | | 型 | | | | 平熱 | | | ℃ | | | |
| 感染症歴 | | | □おたふく風邪　□水ぼうそう　□はしか　□風疹　□その他（　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 食物アレルギー | | | □無　□有（該当食物：　　　　　　　　、　エピペンの処方：□無　□有） | | | | | | | | | | |
| 服用中の薬 | | | □無  □有（薬の種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 卒園名 | | | 名称：　　　　　　　　園、所在地：　　　県　　　区市町村（市外の場合） | | | | | | | | | | |
| お子さんについて知らせておくこと | | |  | | | | | | | | | | |
| 利用を希望する理由 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 順番 | 氏　　　名 | | | | 続柄 | 種　　　類 | | | | 電　話　番　号 | | | |
| １ |  | | | |  | 携帯・勤務先・自宅 | | | | (　　　　)　　　　－ | | | |
| ２ |  | | | |  | 携帯・勤務先・自宅 | | | | (　　　　)　　　　－ | | | |
| ３ |  | | | |  | 携帯・勤務先・自宅 | | | | (　　　　)　　　　－ | | | |
| 帰 宅 方 法 | □家族のお迎え（お迎えに来る方を右欄に記入してください。）  □スポ少に入っている  □ファミリーサポート等を利用  **開館時間外の預かりは、ファミリーサポートセンターを利用してください。（℡２７－３６３７）** | | | | | | | | 順番 | | 氏　　　名 | | | 続柄 |
| １ | |  | | |  |
| ２ | |  | | |  |
| ３ | |  | | |  |
| 祖　父　母　の　状　況 | 続柄 | | 氏　　　名 | | | 住　　所 | | | | 就労状況 | | 勤務先・  病名等  ※傷病等で  就労無の場合 | 勤務日数 | |
| 生年月日 | | 年齢 | 勤務時間 | |
| 父方 | 祖父 |  | | |  | | | | 有・無 | |  | 週 　日 | |
| 年　　月　　日 | | 歳 | ～ | |
| 祖母 |  | | |  | | | | 有・無 | |  | 週 　日 | |
| 年　　月　　日 | | 歳 | ～ | |
| 母方 | 祖父 |  | | |  | | | | 有・無 | |  | 週　 日 | |
| 年　　月　　日 | | 歳 | ～ | |
| 祖母 |  | | |  | | | | 有・無 | |  | 週　 日 | |
| 年　　月　　日 | | 歳 | ～ | |