＜　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 | ～ |