

児 童 票 秘

児童名	ふりがな			自宅付近の地図	
	氏 名				
	生年月日	平成・令和	年 月 日		
住所	〒	-			
	電話	- -	地区名		
	〒	-	変更 年 月 日		
※ 変更後住所	〒	-			
	電話	- -	地区名		
	〒	-	変更 年 月 日		
家族（同居人含む）	続柄	氏名・連絡先			勤務先（所属）・学校名（学年）
	父	ふりがな			電話 - - (内線) ※変更 年 月 日
		氏 名			
		生年月日	昭和・平成	年 月 日	
		携帯電話	-	-	
	母	ふりがな			電話 - - (内線) ※変更 年 月 日
		氏 名			
		生年月日	昭和・平成	年 月 日	
		携帯電話	-	-	
		氏 名			電話 - - (内線)
		生年月日	年 月 日		
		氏 名			電話 - - (内線)
		生年月日	年 月 日		
		氏 名			電話 - - (内線)
		生年月日	年 月 日		
	氏 名			電話 - - (内線)	
	生年月日	年 月 日			
	氏 名			電話 - - (内線)	
	生年月日	年 月 日			
	氏 名			電話 - - (内線)	
	生年月日	年 月 日			
	氏 名			電話 - - (内線)	
	生年月日	年 月 日			
かかった病気		予防接種歴	体質・かかりやすい病気等	食物アレルギー	
麻疹	歳	歳	<input type="checkbox"/> けいれん	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
風疹	歳	歳	<input type="checkbox"/> ぜんそく	その他特記事項	
耳下腺炎	歳	歳	<input type="checkbox"/> 脱臼 部位：		
水痘	歳	歳	<input type="checkbox"/>		
	歳	歳	<input type="checkbox"/>		
	歳	歳	<input type="checkbox"/>		
児童の登降所について保護者が責任をもって行うことを約束します。 保護者名（自署） _____					

（注意）※印欄は記入しないでください。