

# 児童健康等生活調査

集団生活を送るにあたり、児童の健康状態等について、あらかじめ提出していただく必要があります。少しでも気になることがあれば詳しく書いてください。

前もって相談なく、入会承諾後に集団生活が困難であるとわかり、児童クラブの安全な運営に支障をきたす場合は、許可を取り消す場合もあります。集団生活が困難な場合や障がい等がある場合は、児童の状態や現在の児童クラブの体制により対応できない場合がありますので、別途ご相談ください。

入会児童氏名		平熱	度	分
--------	--	----	---	---

日中の 急を要する時の 連絡先  ※連絡可能な番号を 優先順で4つまで 記入ください。	氏名または、職場名(呼出者氏名)	児童との続柄	電話番号
	①		
	②		
	③		
	④		

かかりつけの医院  ※ない場合は、 記入の必要は ありません。	内科		電話 番 号
	外科		
	眼科		
	歯科		
	その他		

内 容	区分(□にチェック)及び具体的内容等について記入してください。		
障害者手帳及び療育手帳の有無 について記入してください。 ※「有」の場合、内容を記載。また、手 帳のコピーを添付のこと。	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	療育手帳	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
通級学級及び特別支援学級への 入級の有無について記入してくだ さい。(ある場合は、内容)	通級学級	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	特別支援学級	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
精神的に特に配慮が必要なことの 有無について記入してください。 (ある場合は、具体的に)	<input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> 無		
持病等の有無について記入してく ださい。 (ある場合は、具体的に)	<input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> 無		
食物アレルギーの有無について記 入してください。 (ある場合は、具体的に)	<input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> 無		
身体的に特に配慮が必要なことの 有無について記入してください。 (ある場合は、具体的に)	<input type="checkbox"/> 有		
	<input type="checkbox"/> 無		

その他、お子様について心配なことがありましたら具体的にお書きください。

上記記載内容は事実と相違ありません。また、児童の生活態度等の個人情報を市が必要な場合に、学校等関係機関から提供されることに同意します。

年 月 日

保護者名

㊞