

# 境こども園（1号認定子ども）入園申込書

（平成28年度 4月入園）

公益財団法人武蔵野市子ども協会 理事長殿

平成 年 月 日

境こども園の制度及び、運営・保育・教育方針を理解し、下記の児童を入園させたいので、必要書類を添えて申込みます。

|           |                                   |  |
|-----------|-----------------------------------|--|
| 入園を希望する児童 | (フリガナ)<br>氏名                      |  |
|           | 性別                                | 男 ・ 女  |
|           | 生年月日                              | 平成 年 月 日 生まれ                                       |
|           | 保護者との続柄                           |  |
|           | 現住所                               | 〒 ー<br>武蔵野市 丁目 番 号                                 |
|           | 入園前の状況<br>(該当するものに<br>○をつけてください。) | 3歳児向け事業りんごぐみ利用<br>その他の集団経験 (あり・なし) *ありの場合( 歳から にて) |
| 保護者       | (フリガナ)<br>氏名                      | (父) 印  |
|           |                                   | (母) 印  |
|           | 連絡先                               | 電話番号 ( )   |

| 家族の状況 | フリガナ<br>氏名 |  | 児童との続柄 | 性別  | 生年月日  | 年齢 | 現在の状況 |
|-------|------------|--|--------|-----|-------|----|-------|
|       | 1          |  | 父      | 男   | 年 月 日 |    |       |
|       | 2          |  | 母      | 女   | 年 月 日 |    |       |
|       | 3          |  |        | 男・女 | 年 月 日 |    |       |
|       | 4          |  |        | 男・女 | 年 月 日 |    |       |
|       | 5          |  |        | 男・女 | 年 月 日 |    |       |
|       | 6          |  |        | 男・女 | 年 月 日 |    |       |

|      |  |
|------|--|
| 生活保護 | <input type="checkbox"/> 受給していない <input type="checkbox"/> 受給している【担当ケースワーカー名 ( ) 受給期間 ( 年 月から)】 |
|------|--|

■ 添付書類 住民票1通 (幼児と保護者の記載があるもの・続柄あり・本籍不要)

# 児童状況書

あてはまる項目に○または記入してください。

|  |  |      |    |    |             |
|--|--|------|----|----|-------------|
|  | フリガナ   | クラス  | 4歳 | 5歳 |             |
| 児童氏名   | 男・女  | 生年月日 | 平成 | 年  | 月 日 ( 歳 か月) |
| 健康状況   | 1. 食べ物などでアレルギー症状が出たことがありますか？<br>【 いいえ ・ はい (どんな症状ですか→) 】   |      |    |    |             |
|  | 2. ひきつけをおこしたことがありますか？【 いいえ ・ はい (どんな状態でひきつけましたか→) 】  |      |    |    |             |
|  | 3. 現在治療中、経過観察中の病気がありますか？【 いいえ ・ はい (病名等→) 】  |      |    |    |             |
|  | 4. 病気のことで治療や相談していた病院や施設はありますか？<br>【 いいえ ・ はい (病名・病状等→) 】   |      |    |    |             |
|  | 5. お子さんの発達のことや相談している病院や施設がありますか？<br>【 いいえ ・ はい (相談内容→<br>施設名→) 】   |      |    |    |             |
|  | 6. 身体障害者手帳・愛の手帳をお持ちですか？【 いいえ ・ はい 】  |      |    |    |             |
| 健診受診状況   | ・1か月児健康診査 【 受けた ・ 受けていない 】    ・9～10か月児健康診査 【 受けた ・ 受けていない 】<br>・3～4か月児健康診査 【 受けた ・ 受けていない 】    ・1歳6か月児健康診査 【 受けた ・ 受けていない 】<br>・6～7か月児健康診査 【 受けた ・ 受けていない 】    ・3歳児健康診査 【 受けた ・ 受けていない 】 |      |    |    |             |
|  | ※ その時、相談したことや、指導を受けたことはありますか？<br>【 ない ・ ある ( ) 】   |      |    |    |             |
| ・自分のしたいことや欲しいものなどの要求をことばで人に伝えられますか？ 【 いいえ ・ はい 】<br>・一箇所にじっとしていられなかったり、落ち着きがなく動き回ったりしますか？ 【 いいえ ・ はい 】<br>・理由なく突然大きな声を出したり、決まったことばや行動にこだわりが強いですか？ 【 いいえ ・ はい 】 |  |      |    |    |             |

《確認事項》

※この書類は、境こども園入園申込みの添付書類として、子ども協会及び境こども園のみで使用します。  
 ※児童の状況によっては、医師・専門機関の診断書などを別途提出していただく場合があります。  
 上記事項を確認しましたらご署名をお願いします。

平成 年 月 日                      保護者氏名 (父) \_\_\_\_\_

保護者氏名 (母) \_\_\_\_\_

|       |  |      |     |     |     |
|-------|--|------|-----|-----|-----|
| 受付年月日 |  | 受付番号 | 第 号 | クラス | 歳 児 |
|-------|--|------|-----|-----|-----|