

休日保育利用登録申請書

社会福祉法人 陽光福祉会
太陽の子保育園

年 月 日

太陽の子保育園に在園の方は※印欄のみご記入ください。

* 申込者 (保護者)	氏名			* 住 所				
* 呂童	ふりがな 氏名			* 生年 月日	年 月 日 (年 か月)	* 平熱	℃	
* 現在の 保育状況	(保育所等の名称)							
保護者 連絡先	氏名	(続柄)			氏名	(続柄)		
	自宅電話				自宅電話			
	携帯電話				携帯電話			
	緊急 連絡 先	名称 電話			緊急 連絡 先	名称 電話		
保護者・ 登録児童 以外の 同居家族	氏名	年齢	続柄	通学・通勤先等	氏名	年齢	続柄	通学・通勤先等
かかりつけ 医療機関	名称				所在地			
	主治医名				電話			
感染症歴	麻疹(はしか)	口なし	口あり	歳 か月	百 日 咳	口なし	口あり	歳 か月
	風 痘	口なし	口あり	歳 か月	突発性発疹	口なし	口あり	歳 か月
	流行性耳下腺炎 (あたふく風邪)	口なし	口あり	歳 か月	その他	(病名)	(病名)	歳 か月
	水痘(水ぼうそう)	口なし	口あり	歳 か月		(病名)	(病名)	歳 か月
その他	熱性けいれん (ひきつけ)	口なし	口あり	初回 歳 か月	・ 最近 歳 か月	(過去 回程度)		
	喘 息	口なし	口薬を飲んでいる (口毎日 (口朝 ・ 口昼 ・ 口夕))	・ 口発作時のみ)	口吸入をしている (口毎日 (口朝 ・ 口昼 ・ 口夕))	・ 口発作時のみ)		
	食物アレルギー	口なし	口食事療法をしている(除去食品 食べてしまった時の症状()					
	アトピー性皮膚炎	口なし	口薬を飲んでいる()	口薬を塗っている()				
	上記以外の病気や大怪我をしたことがありますか	口いいえ	・ 口はい(具体的に)					
	発達上、気になることがありますか	口いいえ	・ 口はい(具体的に)					
	頭を強く打ったことがありますか	口いいえ	・ 口はい(具体的に)					
	入院したことがありますか	口いいえ	・ 口はい(具体的に)					
	常時飲んでいる薬がありますか	口いいえ	・ 口はい(具体的に)					
	与薬後、発疹や異常が出たことがありますか	口いいえ	・ 口はい(具体的に)					
その他の体質やアレルギー・癖などありますか	口いいえ	・ 口はい(具体的に)						

休日保育の利用に関する確認書(承諾書)

心身ともに健康な状態であるお子様のみお預かりさせていただきます(服薬を必要とするお子様はお預かりできません)。また、発熱・ケガ等がございました場合にはご連絡させていただきますので、お迎えをお願い致します。

休日保育実施にあたり、必要に応じて、羽村市・在籍保育所等及び休日保育実施保育所との間で休日保育利用実績や休日の状況等の情報交換を行うことがあります。

利用キャンセルや時間変更は、できる限り早くお知らせください。ご連絡のない利用キャンセルがあった場合、以後の予約については一旦すべて取り消しとさせていただきます。また、ご連絡のない利用キャンセルが続いた場合、次回からのご利用をお断りさせていただきます。

万一、当社または保育者の責に帰すべき事由によってお子様に事故が発生した場合、当法人がその費用負担において加入している損害保険契約にもとづいて支払われる保険金をもってその損害の責任を負いこれを補填するものとし、かつ支払われる保険金額をもつて責任の限度としそれ以上の責任を負担することはないものとします。また、その保険契約により担保される支払事由の範囲内においてのみ、その責任を負担するものとします。

上記内容について確認し、承諾します。

年 月 日 住 所
保護者名