

登録カード

記入日：平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	平成 年 月 日生	男・女
お子さまの氏名			(歳 ヵ月)	
ご住所	〒		自宅電話番号	

家族構成

氏名	続柄	生年月日	勤務、通園学先	所在町名	携帯番号

連絡先 ※緊急時には①から順に連絡します

連絡先名 (母携帯・母勤務先など)	呼び出し名	電話番号
①		
②		
③		

連絡用メールアドレス (必須)

かかりつけの病院	病院名	所在町名
----------	-----	------

健康状態

血液型	A B O AB (+・-)	平熱	℃
よくかかる病気		大きなケガ	
既往歴	熱性痙攣・脱臼・骨折・縫うほどのケガ・蜂に刺された・その他 (歳 ヵ月頃)		
体質	アトピー・喘息・鼻炎・低体温・鼻血が出やすい・アレルギー ()		
食べてはいけない物		まだ食べた事がない	

保育経験

ベビーシッター・保育園・託児所・その他←○印のある方は施設名 ()

おうちの方が思う、お子さまの性格	
子育てにおいて、大切にされている事	

備考欄

※ご利用に際し、ご要望や 不安に思われる事があれば ご記入をお願いします。

(気をつけて欲しい点)

アンケート ※お手数ですが、必ずご記入下さい。

当施設を選ばれた決め手：
Facebook・ブログ・YouTubeなどの、お子さまの画像の使用について (許可する / 許可しない)
好き嫌いについて (なくしたい ・ 一口だけでも頑張っ欲しい ・ 直さなくてもいい)
バス遠足・お買い物体験などの園外活動について (賛同する ・ 賛同しない)
園外活動時の実費負担について (負担したくない ・ 月額 円以内なら良い)