

児童状況調査票 入会希望の児童全員について記入してください。

児童氏名	学年	年生
1 入園していた保育園・認定こども園・幼稚園について		
入園先： _____ <input type="checkbox"/> 保育園(所) <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 / <input type="checkbox"/> 入園なし <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園等で加配あり		
2 食物アレルギーについて		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ 原因となる食品等：		
3 障がいについて		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 _____級 <input type="checkbox"/> 支援学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (予定含む) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給者 <input type="checkbox"/> 放課後デイサービス利用中(利用予定含む) 障がい名：		
4 その他 (こころやからだの健康・性格・行動などで配慮が必要な事項があればご記入ください)		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→		

児童氏名	学年	年生
1 入園していた保育園・認定こども園・幼稚園について		
入園先： _____ <input type="checkbox"/> 保育園(所) <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 / <input type="checkbox"/> 入園なし <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園等で加配あり		
2 食物アレルギーについて		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ 原因となる食品等：		
3 障がいについて		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 _____級 <input type="checkbox"/> 支援学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (予定含む) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給者 <input type="checkbox"/> 放課後デイサービス利用中(利用予定含む) 障がい名：		
4 その他 (こころやからだの健康・性格・行動などで配慮が必要な事項があればご記入ください)		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→		

児童状況調査票 入会希望の児童全員について記入してください。

児童氏名	学年	年生
1 入園していた保育園・認定こども園・幼稚園について		
入園先： _____ <input type="checkbox"/> 保育園(所) <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 / <input type="checkbox"/> 入園なし <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園等で加配あり		
2 食物アレルギーについて		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ 原因となる食品等：		
3 障がいについて		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ____級 <input type="checkbox"/> 支援学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (予定含む) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給者 <input type="checkbox"/> 放課後デイサービス利用中(利用予定含む) 障がい名：		
4 その他 (こころやからだの健康・性格・行動などで配慮が必要な事項があればご記入ください)		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→		

児童氏名	学年	年生
1 入園していた保育園・認定こども園・幼稚園について		
入園先： _____ <input type="checkbox"/> 保育園(所) <input type="checkbox"/> こども園 <input type="checkbox"/> 幼稚園 / <input type="checkbox"/> 入園なし <input type="checkbox"/> 保育園・幼稚園等で加配あり		
2 食物アレルギーについて		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ 原因となる食品等：		
3 障がいについて		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→ <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A・B) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ____級 <input type="checkbox"/> 支援学校 <input type="checkbox"/> 特別支援学級 (予定含む) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当受給者 <input type="checkbox"/> 放課後デイサービス利用中(利用予定含む) 障がい名：		
4 その他 (こころやからだの健康・性格・行動などで配慮が必要な事項があればご記入ください)		
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→		