第１号様式（第８条関係）

　【登録番号：　　　　　　　　】

**臨時休園代替保育利用登録（変更）申請書**

　年　　　月　　　日

（宛先）

伊奈町長

申請者　住所

保護者　氏名

臨時休園に伴う代替保育の利用について、次のとおり登録（変更）します。

|  |  |
| --- | --- |
| 登録理由 |  |
| 利用児童 |  　男 ・ 女　 (　　 　年　 　月 　　日生: 　歳　　か月) |
| 現在入所施 設 |  | クラス年齢 |  | 所属組 |  |
| 利用希望施　　設 | 伊奈町子育て支援センター |
| 家庭状況・緊急連絡先 | 　（ふりがな） | 年齢 | 続柄 | 携帯電話番号 | 勤務先（業務内容）勤務先　電話番号 |
| 氏　　名 |
|  |  |  | * -
 | 勤務先：業務内容： |
|  |
| * -
 |
|  |  |  | * -
 | 勤務先：業務内容： |
|  |
| * -
 |
|  |  |  | * -
 | 勤務先： |
|  |
| * -
 |
|  |  |  | * -
 | 勤務先： |
|  |
| * -
 |
|  |  |  | * -
 | 勤務先： |
|  |
| * -
 |
| 同意・署名欄 | 　町が保育実施上、伊奈町臨時休園に伴う代替保育を希望する児童の在籍中の保育所等に対し、直近の保育状況等の照会を行うこと及び在籍中の保育所等が町に対し情報を提供することに同意したします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署　名）保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

＊勤務先電話番号は日中連絡の取れる番号をご記入ください。

＊本申込書は、児童１人につき１枚の記入が必要です。

＊本申込書は、伊奈町子育て支援課に提出してください。

◎裏面もご記入ください。

健康調査票

|  |  |
| --- | --- |
| ■平熱（　　　　　　℃　）■アレルギー体質　　原因（　　　　　　　　　　　　　　　　）■関節がはずれやすい　部位（　　　　　　　　　　　　　　） | ■けいれん（　　　　　　　回）直近のけいれんがあった日にち（　　　年　　　月　　　日）■アトピー性皮膚炎　（　有　　・　　無　） |
| 既　往　歴 | 【　はしか　・　風疹　・　中耳炎　・　水痘　・　おたふくかぜ　・　肺炎　・　脱臼　・　気管支喘息　・　　熱性けいれん　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　】 |
| かかりつけ医　院 | 内科 | 注意してほしいこと |  |
| 外科 |
| 排　泄 | ■パンツの種類【　おむつ　・　トレーニング中　・　布パンツ　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）　】■トイレの種類　【　和式　・　洋式　】　　　■おねしょ　【　しない　・　時々する　・　毎日する　　】■小便　【　遠い　・　普通　・　近い　】　　■大便　【毎日（朝　・昼　・　夜）　　　回　、便秘がち　　　日おき　、　状態　（　硬　・　軟　・　普通　）　】■後始末【小便（一人でできる　・　一人でできない）　、大便（一人でできる　・　一人でできない）】 |
| 食　事 | ■食事【母乳　・　ミルク（1日　　回／1回　　　　㏄、ミルクの品名　　　　　　　　　　　　　　　）　・　混合　・離乳食（5～6か月ごっくん期・7～8か月もぐもぐ期・9～11ヶ月かみかみ期・12～18カ月ぱくぱく期）　・幼児食　】■好き嫌い【　ある（好きなもの　　　　　　　　　　　　）（嫌いなもの　　　　　　　　　　　　）　　　・　　ない　】　■自分で食べる【　食べられる　・　食べられない　】　　　■食具【　箸　・　スプーン　・　フォーク　　　】■間食【時間を決めている（１日　　回　　　時）・時間を決めていない（１日　　　回　）・与えていない　】■間食の種類【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】■食事アレルギー【有り　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　）　　・　なし　　】 |
| 昼　寝 | 【　しない　・　する（　午前　・　両方　・　午後　）】【その他連絡事項　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 好きな遊　び |  |

保護者から伝えておきたいこと

|  |
| --- |
|  |

※臨時休園代替保育利用申込時に、健康調査票の内容に変更がありましたらお知らせください。