受付番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付日　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入　園　願　書** | | | | | |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| ふりがな |  | 性別 | | | 生年月日（年齢） |
| 入園児童  氏名 |  | 男　・　女 | | | 西暦　　　　年　　　月　　　日生  入園時：満３・年少・年中・年長 |
| ふりがな |  | 園児との関係 | | | 電話番号 |
| 保護者  氏名 | ㊞ | 父　・　母  その他（　　　　） | | | 自宅　　　　－　　　　－  携帯　　　　－　　　　－ |
| 住所 | 〒　　　　― | | | | |
| 希望する  保育時間 | 平日  　　　：　　　から  　　　：　　　まで | 主な送迎方法  ※□にチェックを  お願いします | | | * 公共交通機関または徒歩 |
| * 自動車 |
| * 自転車・その他（　　　　　） |
| * 園バス希望 |
| 預かり保育  希望の有無 | □　午前預かり　　７：００～　８：３０ | | | □　季節預かり　（春休み、夏休み、冬休み） | |
| □　午後預かり　１４：３０～１８：００ | | | □　土曜預かり　　８：３０～１６：００ | |
| 本園を希望  する理由 |  | | | | |
| 保育歴 | * 福岡ピノキオこども園が初めての園、初めての集団生活 | | | | |
| * 年　　　　月～　　　　年　　　　月　園名（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 入園希望日　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日  日中の連絡先　　氏名　　　　　　　　　　（続柄　　　　）  電話番号　（　　　　―　　　　　―　　　　　　） | | | | | |
| お子様のことについて記入をお願いします | | | | | |
| * 今までにかかった大きな病気   （病名　　　　　　　　　　　　　　　）   * 熱性けいれんを起こしたことがある   （　　　　　回ぐらい　　　　　　歳頃）   * アレルギーがある   （食物　　　　　　　　　　　　　　　）  （その他　　　　　　　　　　　　　　）  □　アトピーがある  □　除去食をしている  （　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * 特になし | | | * 障がいの有無　（　有　・　無　）   ある場合の名称　（　　　　　　　　　　　）  療育手帳をお持ちの場合  （　A１　・　A２　・　Ｂ１　・　Ｂ２　）   * 医療的ケアの有無　（　有　・　無　）   診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　）   * その他、お子様の療育上心配なことがあれば   お書きください  　・  　・  　・ | | |

社会福祉法人　正道会　福岡ピノキオこども園

受付番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付日　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入　園　願　書** | | | | | |
| 令和　　５　年　１０　月　　２０　日 | | | | | |
| ふりがな | ぴのきお　たろう | 性別 | | | 生年月日（年齢） |
| 入園児童  氏名 | ピノキオ　太郎 | 男　・　女 | | | 西暦２０２０年　　７月　　７日生  （入園時：年少・年中・年長） |
| ふりがな | ぴのきお　ほしこ | 園児との関係 | | | 電話番号 |
| 保護者  氏名 | ピノキオ　星子　　㊞ | 父　・　母  その他（　　　　） | | | 自宅　０９２－　１２３－４５６７  携帯　０９０－１２３４－５６７８ |
| 住所 | 〒　８１１―１２５５  福岡県　那珂川市　恵子１丁目　１－２ | | | | |
| 希望する  保育時間 | 平日  　　９：００　から  　１４：００　まで | 主な送迎方法  ※□にチェックを  お願いします | | | * 公共交通機関または徒歩 |
| * 自動車 |
| * 自転車・その他（　　　　　） |
| * 園バス希望 |
| 預かり保育  希望の有無 | □　午前預かり　　７：００～　８：３０ | | | □　季節預かり　（春休み、夏休み、冬休み） | |
| □　午後預かり　１４：３０～１８：００ | | | □　土曜預かり　　８：３０～１６：００ | |
| 本園を希望  する理由 |  | | | | |
| 保育歴 | * 福岡ピノキオこども園が初めての園、初めての集団生活 | | | | |
| * 年　　　　月～　　　　年　　　　月　園名（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 入園希望日　　　　令和　　６　年　　４　月　　１　日  日中の連絡先　　氏名　ピノキオ　星子　　（続柄　母　　）  電話番号　（　０９０―　１２３４―　５６７８　） | | | | | |
| お子様のことについて記入をお願いします | | | | | |
| * 今までにかかった大きな病気   （病名　　　　　　　　　　　　　　　）   * 熱性けいれんを起こしたことがある   （　　　１　回ぐらい　　　　１　歳頃）   * アレルギーがある   （食物　　小麦、乳製品　　　　　　　）  （その他　　　　　　　　　　　　　　）  □　アトピーがある  □　除去食をしている  （　　　　　　　　　　　　　　　　　）   * 特になし | | | * 障がいの有無　（　有　・　無　）   ある場合の名称　（　自閉症スペクトラム　）  療育手帳をお持ちの場合  （　A１　・　A２　・　Ｂ１　・　Ｂ２　）   * 医療的ケアの有無　（　有　・　無　）   診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　）   * その他、お子様の療育上心配なことがあれば   お書きください  ・偏食があります。  ・大きな音や声が苦手です。  ・ | | |

社会福祉法人　正道会　福岡ピノキオこども園