

受付番号：

受付日 月 日

入園願書

令和 6 年 10 月 20 日

ふりがな	ぴのきお せいや	性別	生年月日（年齢）
入園児童 氏名	日軒緒 星矢	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女	西暦 2021 年 7 月 7 日生 (入園時：年少・年中・年長)
ふりがな	ぴのきお たいじゅ	園児との関係	電話番号
保護者 氏名①	日軒緒 大樹	<input checked="" type="radio"/> 父 ・ 母 その他 ()	自宅 092-123-4567 携帯 090-1234-5678
ふりがな	ぴのきお はな	園児との関係	電話番号
保護者 氏名②	日軒緒 花	父 ・ <input checked="" type="radio"/> 母 その他 ()	自宅 092-123-4567 携帯 090-8765-4321
住所	〒 811 - 1255 福岡県 那珂川市 恵子1丁目 1-2		
主な 送迎方法	<input type="checkbox"/> 公共交通機関または徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input checked="" type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 園バス希望		
預かり保育 希望の有無	<input type="checkbox"/> 午前預かり 7:00~ 8:30 <input type="checkbox"/> 季節預かり (春休み、夏休み、冬休み) <input checked="" type="checkbox"/> 午後預かり 14:30~18:00 <input type="checkbox"/> 土曜預かり 8:30~16:00		
本園を希望 する理由			
保育歴	<input checked="" type="checkbox"/> 福岡ピノキオこども園が初めての園、初めての集団生活 <input type="checkbox"/> 年 月 ~ 年 月 園名 ()		
入園希望日 令和 7 年 4 月 1 日 日中の連絡先 氏名 日軒緒 花 (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

<input type="checkbox"/> 今までに患った大きな病気や経過観察中の病気 (病名 心臓病 低身長 肥満) <input type="checkbox"/> 熱性けいれんを起こしたことがある (1 回ぐらい 1 歳頃) <input type="checkbox"/> アレルギーがある (食物 小麦 乳製品) (その他) <input type="checkbox"/> アトピーがある <input type="checkbox"/> 除去食をしている、制限食がある (卵 塩分 甘味 など) <input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 医療的ケアの有無 (有 ・ 無) 診断名 () <input type="checkbox"/> 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。 ・ こだわりが強いです。
--	--