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① | ㊞ | 父　・　母その他（　　　　） | 自宅　　　　－　　　　－携帯　　　　－　　　　－  |
| ふりがな |  | 園児との関係 | 電話番号 |
| 保護者氏名② |  | 父　・　母その他（　　　　） | 自宅　　　　－　　　　－携帯　　　　－　　　　－  |
| 住所 | 〒　　　　　―　　　　　 |
| 主な送迎方法 | * 公共交通機関または徒歩
 | * 自転車
 |
| * 自動車
 | * 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 |
| * 今までに患った大きな病気や経過観察中の病気

（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、制限食がある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* 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　　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 | 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 | 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　・　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 | * 公共交通機関または徒歩
 | □　自転車 |
| ☑　自動車 | * 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　　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 |
| * 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　　）* 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、制限食がある（　　卵　　塩分　　甘味　　など　　　）* 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。・こだわりが強いです。 |

社会福祉法人　正道会　福岡ピノキオこども園