

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	印	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	<input type="checkbox"/> 公共交通機関または徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車		<input 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"/> 午後預かり 14：30～18：00		<input type="checkbox"/> 季節預かり（春休み、夏休み、冬休み） <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 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 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

<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 ） <input type="checkbox"/> 熱性けいれんを起こしたことがある （ 回ぐらい 歳頃） <input type="checkbox"/> アレルギーがある （食物 ） （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 （ ） <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（ ） 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 ・ ・ ・
--	---

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	<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。
--	---