

8

社会福祉法人 正道会 南畑ピノキオ森のこども園

受付番号： 受付日 月 日

入 園 願 書

令和 7 年 11 月 1 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	令和 4 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 印	父 ・ 母 その他（ ）	自宅 092-951-0777 携帯 090-1234-5678
住所	〒 811-1232 福岡県 那珂川市 大字埋金 811-1		
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	☐ 今回が初めての園、初めての集団生活 ☐ 年 月～ 年 月 園名（ ）		
入園希望日 令和 8 年 4 月 1 日 日中の連絡先 氏名 <u>ピノキオ 星子</u> （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 南畑ピノキオ森のこども園