読谷村立幼稚園 入園願書

幼児 顔写真

デジカメで写した

写真でよろしいです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 幼　児 | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 平成・令和　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
| 現 住 所 | 読谷村字 |
| 保 護 者 | ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 幼児との関係 | 父　・　母　・　祖父　・　祖母　・　その他（　　　）  （該当するものを○で囲んでください。） |
| 緊急時の連絡先 | 自宅（　　　　　）　　　　　－  携帯（　　　　　）　　　　　－ |

　上記の者を、貴園に入園させたいと思いますので、許可下さるようお願いいたします。入園後は、読谷村立幼稚園保育料条例及びその他の指示を厳守いたします。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

保護者　　　　　　　　　　　　　印

**幼　稚　園　長　殿**

＊幼児氏名、保護者名は、住民票記載通り記入すること。

身体についての質問

（保育の参考にしますのでくわしく御記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分娩 | 安産 ・ 難産 ・ 早産 ・ 手術 ・ 鉗子 | | | | | | | 出生時  体重 | ｇ |
| 既　往　歴 | 現在、身体に異常があり治療を受けていたり、定期的に医師の診断を受けていますか。 | | | | | はい（病名　　　　　　　　　　）・いいえ | | | |
| かかりつけの病院 | | | | | TEL( ) 　　　－ | | | |
| かかりつけの医師 | | | | |  | | | |
| これまでにかかった病気やけが | | | | |  | | | |
| 耳の様子 | | 異常なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 目の様子 | | 異常なし・弱視・近視・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 言葉の様子 | | 普通・吃音がある・発音が気になる・その他(　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| トイレ | | 近い・ふつう | | | | | | |
| これまでに、医師から心臓の異常を言われたことがありますか。  　はい（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　いいえ | | | | | | | | |
| 特異体質（アレルギー）の有無 | | | | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　）・　無 | | | | |
| 障害者手帳・療育手帳の有無 | | | | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　）・　無 | | | | |
| 疾患・発達に係る診断の有無 | | | | | 有（　　　　　　　　　　　　　　　　）・　無 | | | | |
| 保育歴 | | 有・無 | | 現在通っている保育園・保育所・幼稚園名  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 特別支援保育歴　有（　　　　　　　　　　　　　　　）・無 | | | | | |
| 幼稚園において特別支援保育を　　　　　希望する　・　希望しない | | | | | | | | | |
| お子さまの健康状態、その他相談したい  ことがありましたら、記入してください。 | | | | | | |  | | |

|  |
| --- |
| 住　所　略　図 |
| ○園までの道順  ○目標や道しるべになるものは  　特にくわしく書いてください。 |