

【土曜日保育を利用する児童の状況】

既往歴		かかりつけ医 内 科： _____
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ） 食物の場合のアレルゲン （ _____ ）	整形外科： _____ 歯 科： _____
平 熱	度 分	眼 科： _____ 耳 鼻 科： _____
その他 配慮してほしいことがあればご記入ください。		

【在籍園 記入欄】

--確認-- <input type="checkbox"/> 上記の内容で、申請を希望する児童が土曜日保育利用（登録）申請を行うことを確認しました。 <input type="checkbox"/> 上記記載事項に誤りがないことを証明します。 令和 年 月 日	
施設名	保育園
--児童にかかわる保育中に配慮を要する事項等--	