R5年度地域事業 Member 登録シート

登録されているものに〇をつけて下さい			
	記入番号	地域事業名	登録日
	1.2.3.4	ママ Café chou chou（園庭開放）	R　/　/
	1.2.3.4	アフタービクス（骨盤ストレッチ）	R　/　/
	1.4.5.6.7	ピーチ Kids（一時預かり保育）	R　/　/
	4	マイ グリーンテラス	R　/　/

1

ふりがな			
保護者氏名		生年月日	R　/　/
ふりがな			
お子様氏名		生年月日	R　/　/
住所	〒		
TEL			

2

保護者の方の 現状	妊娠中のつわりがひどい、育休中、保活中　など
ちょっと気になる 悩んでる子育て etc.	卒乳、離乳食など
この地域事業をどこで お知りになりましたか	
今までに北花田こども園に 来園されたことがありますか？	ピーチ Kids(一時預かり保育)・アフタービクス・園見学等

写真撮影について

地域事業に参加のお子様の姿や、ママさんの交流を撮影し、ポスターやホームページ、Instagram 等に掲載のご協力をお願いしております（顔はボカシ掲載にて）

撮影・掲載に関しご確認させて頂きます

下記の項目□にレ点をお願いします

□ 掲示物・ホームページの掲載に差し支えありません

□ 掲載に不都合がある　（ □ 掲示物　□ ホームページ　□ Instagram）

又、グリーンテラス等で園児と一緒に交流する機会もございますが、携帯電話、カメラによる園児の写真・動画撮影は、ご遠慮下さいますようお願いいたします

令和　　年　　月　　日　　保護者氏名

3

『地域事業利用の約束』の別紙を参照し、承諾いたしました

令和　　年　　月　　日　　利用保護者

4

My グリーンテラスを利用しますか？　□利用します　□利用しない

※□の枠に、レ点を入れてください

ピーチ Kids をご利用の方は、ご記入下さい

お子様の氏名	
保育年齢	歳

●登録●利用目的　※□の枠に、レ点を入れてください

5

保護者の氏名	・氏名	（続柄） （勤務先名　就労で利用の方） Tel　　－　　－	
緊急連絡先	・氏名 ・Tel　　－　　－	（続柄） （勤務先名） Tel　　－　　－	
家族構成 （本児を含まず）	氏名	続柄	お子様の学校/園名

□就労（平均週３日程度）　□疾病　□出産（予定日：R　.　.　）　□習い事(　　)
□職業訓練　□看護・介護　□冠婚葬祭　□リフレッシュ　□その他（　　）

●登録するお子様について　※□の枠に、レ点を入れてください

6

生育歴 体質	（生まれてから、なにか大きな病気をしましたか）
アレルギー	□無　□有　□卵（熱を通した状態）⇒□全卵　□卵白　□卵黄　□つなぎ □牛乳　□小麦　□動物（動物名　　） □その他（物質名　　） □アナフィラキシーショックの経験　□無　□有（　歳　ヶ月頃） □検査はしていない
給食・おやつ	□当園の給食・おやつを利用する　□お弁当を持参
（生後０・１歳の方対象） 離乳食・ミルク	□離乳食初期　□離乳食中期　□離乳食後期　□完了食　□幼児食 □ミルク１回分＿＿＿cc×＿＿＿時間おき □足しミルク＿＿＿cc　□母乳のみ
熱性けいれん	□無　□有　回数 ⇒約　回 (初回 ⇒　歳　ヶ月頃　・　最近 ⇒　歳　ヶ月頃)
脱臼	□無　□有　部位⇒ 肩　・　肘 （どちらが抜けやすいですか　右　・　左　）
その他	（特記事項をご記入下さい）　※眠る前になるとぐずる、食にむらがある etc

7

同　意　書（一時預かり保育）

北花田こども園

○一時預かり保育利用時の料金は、ご利用前に納めてください。
○本園では、細心の配慮を行い保育をしておりますが 万一、お子さまが思わぬけがなどで、緊急に医療機関で処置を受けた場合、治療費は健康保険証（乳児医療証）を使用させて頂き、初診のみ負担いたします。その後、通院される場合は、保護者負担となりますのでご了承下さい。
○保育中、発熱やけがをした場合、緊急に連絡し、お迎えをお願いする場合もあります。
上記　了承致しました。

令和　　年　　月　　日　　**保護者氏名**　　**印**