

児童・保護者住所カード

| | |
|----------|--|
| 名簿 番号 | |
|----------|--|

◎住民票に記載されているとおりに、楷書でていねいにお書き下さい。

| | | | |
|------------------|---|--|--------------------------------------|
| ふりがな | そのだ たろう | | 性別 |
| 児童氏名 | 園 田 太 郎 | | <input checked="" type="radio"/> 男・女 |
| 生年月日 | 平成 ○年 ○月 ○日生 | 年齢 | 6才 |
| 入学前の経歴 | 尼崎市立 <input type="radio"/> 幼稚園 <input type="radio"/> 保育所 など <small>※幼稚園、保育所等正式名称でお書きください。</small> | 在園期間 (平成・ <input checked="" type="radio"/> 令和) ○年 4月～ (令和) 6年 3月 | |
| ふりがな | そのだ いちろう | 就学予定者との関係 | |
| 保護者氏名 | 園田 一郎 | 父 | |
| 園田小在学中 のきょうだい | 3年 1組 名前 園田花子 | 年 組 名前 | |
| 現住所 | 尼崎市食満1丁目1番1号 | | |
| 電話番号 | 06 - △△△△ - ○○○○ | | |
| 携帯電話 | 090 - △△△△ - ○○○○ | | |
| その他 | 入学までに転居予定の方は、ご記入ください。 1. (3)月(20)日ごろ 2. どこへ→(西宮市)へ | | |

問 診 票

| 質 問 | 回 答 |
|--------------------------|---|
| ①大きな病気にかかったことがありますか。 | <input checked="" type="radio"/> ア. なし イ. 原因不明の発熱 ウ. ひきつけ エ. 心臓病 オ. その他 [] |
| ②目や耳に異常はありませんか。 | ア. なし <input checked="" type="radio"/> イ. 視力低下 ウ. 弱視 エ. 難聴 オ. その他 [] |
| ③衣服の脱ぎ着・排便などが一人でできますか。 | <input checked="" type="radio"/> ア. できる イ. 一人でできないものもある ウ. その他 [] |
| ④身体や言語で不自由なところはありませんか。 | ア. なし イ. 肢体不自由 ウ. 言語 エ. その他 [] |
| ⑤その他、学校に知らせておくことはありませんか。 | ア. なし イ. 性格 [] <input checked="" type="radio"/> ウ. 行動 [席にじっと座っているのが苦手で立ち歩く] エ. その他 [] |