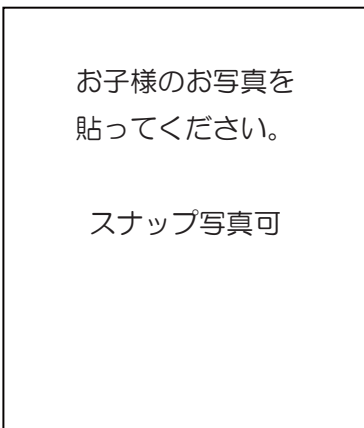


● 洛和キッズ 会員

ふりがな		性別	
お子様氏名		男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input type="checkbox"/>	
生年月日	西暦	年	月 日 (満 歳)
血液型	型		
小学校名	小学校 年 組		
出身	保育園・幼稚園		
既入会のご兄弟	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 お名前 ( )		
住所	〒		
お電話番号	-		
最寄駅	線 駅		
好きな食べ物	1. 2. 3.	嫌いな食べ物	1. 2. 3.
習い事に行く曜日			



● ご家族

ふりがな		続柄	
保護者氏名			
お電話番号		FAX 番号	
携帯番号			
メールアドレス	※ メールアドレスは複数可 ※ 洛和キッズからの連絡が送られてきます		

緊急連絡先：第1優先順位

氏名	会員との続柄		
	母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
お電話番号		携帯番号	

緊急連絡先：第2優先順位

氏名	会員との続柄		
	母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 他 ( )		
お電話番号		携帯番号	

ご家族の状況

氏名	会員との続柄		勤務先及び学校名 (兄弟姉妹の方は学年も)
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

● 健康に関して

かかりつけの病院 (医院)	
医師	
住所	
電話番号	

※救急車での緊急搬送に際しては、病院側の指示に従い搬送させていただきます

アレルギー	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
お薬・食べ物・喘息等、詳しくご記入ください	
既にかかった伝染病	
はしか ( 済み ・ 未済み )	おたふくかぜ ( 済み ・ 未済み )
ほうそう ( 済み ・ 未済み )	風しん ( 済み ・ 未済み )
小学校入学前に受けた各予防接種について。受けているもののチェックしてください。	
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん1 (生後 12~24 ヶ月)
<input type="checkbox"/> 三種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風)	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん2 (小学校入学前の 1 年間)
その他伝えておきたいこと	
平常体温	℃

洛和キッズアフタースクールに入会の上は、理念・方針・会員規約に従います。  
緊急時の治療をうけることについて、洛和キッズの職員に委任します。  
写真・映像の使用については、個人情報の取り扱い通りに承諾いたします。

保護者氏名

印