**同　意　書**

下記の「小松市こども預かりサービスステーション（以下、「預かりステーション」という）利用にあたっての留意事項」を確認し、同意のうえ、預かりステーションの利用登録を申し込みます。（□に、レ点を記載してください）

**預かりステーション利用にあたっての留意事項**

**１　送迎を利用できない時**

* 土曜、日曜、祝日、年末年始（１２月２９日～１月３日）、こども園等の休館日
* 送迎バスが車両点検等により使用できないとき
* ならし保育期間
* お預かり時の検温で、熱が３７．５度以上ある場合
* こども園等のバス利用その他送迎手段がある場合
* 館内で体調不良や怪我が生じた場合

**２　こども園等との連絡調整について**

* こども園等への連絡事項がある場合には、直接連絡してください。
* 体調不良の場合、必ず事前にこども園等に登園が可能かどうかを確認してください。
* こども園等との金銭や持ち帰り品（布団など）の授受は、こども園等と直接行ってください

**３　預かりステーションからのお願い**

* お預かり時には、お子さまの健康状態について、次の５点を確認させていただきますの

で、時間に余裕をもってお越しください。

①　表情や機嫌

②　挨拶や声かけへの反応

③　顔や手、体のあざや腫れ

④　歩行などの身体機能

⑤　熱の有無（検温による）

* お子さまのお預かり後の発熱等で、こども園等での受入れが不可能なときには、急遽お迎

えが必要となる場合がありますので、予めご了承ください。

* インフルエンザ等の感染症にかかった場合は、必ず職員にお伝えください。
* 預かりステーションでは、おやつ・軽食等の提供をしませんので、延長利用の際はおやつ・軽食等（常温保存が可能なものに限ります。）を、必ず持参してください。（朝お預かりできます）
* お休み、遅刻や早退をする場合は、必ずこども園等及び預かりステーションの双方に連絡してください。
* 保護者の勤務の都合等でお迎えが遅くなる場合、お迎えの人が変わる場合は必ず預かりステーションに連絡をしてください。
* 保護者及びお子さまの氏名や住所等の個人情報及び家庭情報等については、小松市子育て環境課、こども園等及び預かりステーションで共有しますので、予めご了承ください。
* 送迎の際の駐車場は、カブッキーランド隣接の指定駐車場をご利用ください。（送迎以外の目的で使用しないでください。）
* 利用料は納付期限までに必ず収めてください。

●**以上について守られていないと判断された場合、又は申込書の記載内容に虚偽申告もしく**

**は故意に申告しなかったことが明らかとなった場合は、利用登録の許可が取り消し、又は利用を中止していただく場合がございます。**

令和　　　年　　　月　　　日

**保護者署名**

**（☆裏面もご記入ください）**

**児童状況調査票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童名 | | ふりがな | |  | | | ふりがな | |  | | |
|  | | | | |  | | | | |
| 病歴等 | 治療中の病気 | □無　 　　□有 | | | | | □無　 　　□有 | | | | |
| 時期 | 歳 | | | か月ごろから | 時期 | 歳 | | | か月ごろから |
| 病名 |  | | | | 病名 |  | | | |
| 入院歴 | □無　 　　□有 | | | | | □無　 　　□有 | | | | |
| 時期 | 歳 | | | か月ごろから | 時期 | 歳 | | | か月ごろから |
| 病名 |  | | | | 病名 |  | | | |
| 投薬の状況  ※ステーションでの医療行為はできません。 | □無　 　　□有 | | | | | □無　 　　□有 | | | | |
| 種類 |  | | | | 種類 |  | | | |
| □朝　　　□昼　　　□夜 | | | | | □朝　　　□昼　　　□夜 | | | | |
| アレルギー | □無　 　　□有 | | | | | □無　 　　□有 | | | | |
| 種類 |  | | | | 種類 |  | | | |
| **その他** | 心身の発達に関する相談の有無  ※有の場合、相談機関・内容もご記入ください。 | □無　 　　□有※ | | | | | □無　 　　□有※ | | | | |
| 相談機関 | | |  | | 相談機関 | | |  | |
| 相談内容 | | |  | | 相談内容 | | |  | |
| 障害者手帳等の有無 | □無　　　□有　　　□申請中 | | | | | □無　　　□有　　　□申請中 | | | | |
| 種類 |  | | | | 種類 |  | | | |

＜特記事項＞