

児童の生活状況確認票

アフター名		生年月日	
児童名			

アフタースクールは集団生活となるため、支援員に伝えておきたい児童の心身の状態について、詳しくご記入ください。集団生活が困難な面がある・障がい等がある場合は、児童の状態や現在のアフタースクールの運営体制により対応できないこともありますので、必ず申込時に教育・保育課までご相談ください。

なお、前もって相談がなく、入所許可後に集団生活が困難であると分かり、安全な運営に支障をきたす場合は、許可を取り消す場合もあります 本資料はアフタースクール入所の審査及び児童の生活支援のみに使用し、厳重に保管します。

【新1年生のみ】入学前の通園施設(こども園・児童発達支援施設・療育施設など)について※全て記入ください

①園(施設)名: <input type="checkbox"/> 利用なし	三木市内・市外→	都道府県	市区町村
②園(施設)名: <input type="checkbox"/> 利用なし	三木市内・市外→	都道府県	市区町村

支援の必要性について、以下に該当する項目の有無 ※該当する全てに☑し、必要事項を記入ください

手帳等に該当する障がいがある ※手帳・証書等をお持ちの場合はコピーを添付してください

(身体障害者手帳 療育手帳 その他: _____)

特別支援学級 (在籍中・在籍予定) → [知的 自情 その他: _____]

今まで相談したことのある相談機関 [保健所 こどもセンター その他 (_____)]

放課後等デイサービスを (利用中・検討中 [決定時期: R____年____月頃])

[施設名: _____, 利用日数: 週____回 → 月・火・水・木・金・未定]

その他の相談先等
がある [_____]

自由に会話ができる はい いいえ→具体的な様子や必要な支援を記入ください。

[_____]

一人で排泄ができる はい いいえ→具体的な様子や必要な支援を記入ください。

[_____]

一人で食事ができる はい いいえ→具体的な様子や必要な支援を記入ください。

[_____]

★アレルギーの有無 なし あり→アレルギンや症状、必要な対応を記入 ※アナフィラキシー (有・無)
※アレルギー薬の所持 (有・無)

[_____]

※アレルギーについては、入所決定後、登所までに必ず支援員と直接ご相談いただきますようお願いします。

★その他、支援員に伝えておきたいこと なし あり→具体的に記入ください。

(*持病、薬の服用、平熱が高い、じんましんが出やすい等の体調面や精神面で気になることなど)

[_____]

※支援員は投薬等を行いません。状況により別途書類の提出をお願いする場合があります。

・★印の記載内容について、アフタースクール保育中の緊急時対応に活用するため、消防機関や医療機関等と共有することに同意します。

年 月 日

保護者署名 _____

※本人が自署しない場合は記名押印してください。