



年 月 日

入学申込書

保護者氏名

捺印

フリガナ		性 別	生 年 月 日	続 柄
児童氏名		男 ・ 女	年 月 日	
学校名	小学校	クラス名 (担任)	年 組 (先生)
住 所	〒 _____ _____			
	<small>※マンションの場合、マンション名もご記入ください。</small>			
自宅電話番号	(_____)	—		
携帯電話番号	(_____)	—		
E メールアドレス	(パソコン)		@	
E メールアドレス	(携帯)		@	
	※登下校時刻の連絡メール <input type="checkbox"/> 要 (パソコン 携帯) <input type="checkbox"/> 不要			

家 族 構 成				
氏 名	生年月日	続柄	勤務先等	連絡先等電話番号
フリガナ				() —
フリガナ				() —
フリガナ				() —
フリガナ				() —
フリガナ				() —
フリガナ				() —

通常月の希望コース				
<input type="checkbox"/> 単日	<input type="checkbox"/> 週3日	<input type="checkbox"/> 週4日	<input type="checkbox"/> 週5日	<input type="checkbox"/> お迎え

生活上の注意点（アレルギー等の体質・特徴など）	
血液型	型（Rh - + ）
平熱	℃
視力	矯正なし 矯正あり（右眼 . ）（左眼 . ）
アレルギー	なし あり（食品 接触 呼吸器）
	※ありの場合は詳細にご記入ください。
重要	健康保険証のコピーを必ず添付してください。

かかりつけ医をご記入ください（小児科・内科・歯科・耳鼻科・眼科・外科、他）	
科	（病院・医院）（ ） —
科	（病院・医院）（ ） —
科	（病院・医院）（ ） —

緊急時連絡先

※ 大規模災害発生時や、お子様の健康上の緊急事態発生時、登校及びお迎えの予定時刻を過ぎてもご連絡がつかない場合など、最悪の事態からお子様を守るために、正確にご記入ください。

1	氏名（ふりがな）	（ ） 続柄		
	連絡先名			
	連絡先電話番号	（ ） —	携帯電話番号	（ ） —
2	氏名（ふりがな）	（ ） 続柄		
	連絡先名			
	連絡先電話番号	（ ） —	携帯電話番号	（ ） —
3	氏名（ふりがな）	（ ） 続柄		
	連絡先名			
	連絡先電話番号	（ ） —	携帯電話番号	（ ） —

※ 携帯電話の場合、着信及びEメール受信許可リストに、下記の電話番号とメールアドレスの追加をお願い致します。

電話：(048) 234 - 8022 Eメール：colnet@colnet.jp adler.e.s@colnet.jp