

キッズタウン 入会規約

～大切なお子様を、安心・安全にお預かりするため、ご理解・ご協力をお願いします～

入会資格

- 生後3ヶ月～小学生までのお子様
(生後3ヶ月未満及び障害をお持ちのお子様については、相談応。)

保育時間

- 年中無休。完全24時間制につき、いつでもご利用いただけます。
- 一時預かりコースは、登園されたお時間から1時間単位でお預かりします。

保育料金

- 保育料金は、原則として全てのコースで前払い制(延長料金は除く)となり、特別な理由がない限り、ご返金はできません。
- 一時預かり及び延長料金はすべて1時間単位となります。
- 月極コースは、1ヶ月ごとの契約となります。翌月への繰り越しはできません。
- 初めて月極コースをご利用の場合、初回登園日までに保育料金をお支払い下さい。
- 継続して月極めコースをご利用の場合、翌月の保育料は前月末までにお支払い下さい。期日を過ぎますと、一時預かり料金となりその都度ご精算させていただきます。
- 未納料金がございますと、お預かりすることができません。

病気・怪我

- 当園では病児保育を行っておりませんので、下記の様な場合お預かりすることができません。
 1. 登園時、37.5℃以上の発熱がある場合
 2. 下痢や嘔吐など著しい体調不良の場合
 3. 水痘・はしか・インフルエンザ・結膜炎等、感染症にかかった場合
 4. その他、集団での保育が困難な場合
- 登園後、発熱や体調不良、及び感染症の疑いがある場合、ご連絡致しますので、速やかにお迎えをお願いします。
- 園内で発生した怪我・病気によって後遺障害になった場合、当園による重大な過失以外は責任を負いかねますのでご了承ください。
- 必要に応じては、医師の診断書の提出をお願いする場合があります。

その他

- 園内におもちゃ・お菓子・貴重品等を持たせないでください。また、持ち物には、すべて記名をお願いします。記名の無い物については、紛失しても補償は致しません。
- 延長される場合は、必ずご連絡をお願いします。
- 緊急連絡先等を変更された場合は必ずご連絡をお願いします。

以上の規約に同意・承諾し入会します。

平成 年 月 日

園児名 _____

保護者名 _____ 印

入会申込書

会員NO:

担当:

園児名		生年月日		才	カ月	男・女
保護者(父)		勤務先		TEL	-	-
保護者(母)		勤務先		TEL	-	-
住 所	〒			自 宅	TEL	- -
				緊急連絡①	TEL	- - 続柄 ()
				緊急連絡②	TEL	- - 続柄 ()
保護者以外のお迎え可能な方		氏名		続柄		TEL - -
1	1ヶ月以内に病院にかかった事がありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 いつ頃 () 病名 ()					
2	発達や慢性的な病気等で病院や施設等に通院や相談をしていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 病名・障害名 () 通院状況 ()					
3	過去に大きな病気および手術をしたことはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 病名・障害名 () 通院状況 ()					
4	今までにひきつけや痙攣、喘息の発作などを起こしたことがありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 いつ頃 () 熱は有・無 (°C) 今までに (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回以上)					
5	今までにかかったことのある病気はありますか? ○印を付けてください 水ぼうそう ・ 風疹 ・ おたふくかぜ ・ 突発性発心 ・ インフルエンザ ・ その他					
6	食物アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 食物名 () 症状 ()					
7	平熱は何度ですか? ()度					
8	常に使用しているお薬はありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 薬名 ()					
9	お昼寝はできますか? 1日に約 ()時間 ()時~()時 寝る前のくせなどありますか? ()					
10	排泄状況について、○印を付けて下さい。 ほぼ完成している ・ たまに失敗する ・ 誘わないと行けない ・ トイレで出ない					

乳 児 用

園児名		生年月日		才	カ月	男・女
-----	--	------	--	---	----	-----

※あてはまる欄には詳しくご記入お願い致します。

1	生まれた時の体重は () g
2	首がすわったのはいつですか () カ月ごろ <input type="checkbox"/> まだ
3	おすわりしたのはいつですか () カ月ごろ <input type="checkbox"/> まだ
4	はいはいしたのはいつですか () カ月ごろ <input type="checkbox"/> まだ
5	歩きはじめたのはいつですか () カ月ごろ <input type="checkbox"/> まだ
6	泣いてむずかった時どのようにして対応しますか。 ()
7	いつもどのように抱っこしていますか。 ()
8	いつもどのように寝かせていますか。 <input type="checkbox"/> あおむけ <input type="checkbox"/> うつぶせ () <input type="checkbox"/> その他 ()
9	寝返りはできますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 仰向けにもどれますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()
10	寝ぐずりはありますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 その時の対応 ()
11	寝る時のクセはありますか? ()
12	ミルクについて詳しくご記入下さい <input type="checkbox"/> 母乳のみ 母乳以外で水分を取る事はできますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の方 () ----- <input type="checkbox"/> 粉ミルク ・メーカー名 () ・1日 () 回 ・1回につき () cc <input type="checkbox"/> 混合 ・間隔 () 時間おき ・食後のミルク 有 () cc 無 与える時の容器 哺乳瓶 メーカー名 () ・マグ・ストロー・その他 ()
13	ミルク以外に与えている飲み物に、○を付けて下さい 麦茶 ほうじ茶 果汁 イオン水 その他 () 与える時の容器 哺乳瓶 メーカー名 () ・マグ・ストロー・その他 ()
14	ミルクをどのような姿勢で飲ませていますか。 ()
備考	

年 月 日

保護者氏名

印