

ぽれぽれの入園申込書をお届けします！

このたびは、当園の入園申込書をご請求いただきありがとうございます。

昨年9月に開園したばかりの当園初の4月募集です。スタッフ一同お待ちしております。

お申込みから入園までの流れについて、下記ご参照の上ご準備いただきますようお願い申し上げます。

入園までの流れ

1. 申込書2種類（大田区用と園用）に必要な事項をご記入の上、園にお持ちいただくか郵便にてお送りください（一部重複しますがご協力をお願いします）。

併せて、大田区民であることを確認できる書類（乳児医療証・保護者様の免許証など）のコピーを同封してください。

受付期間は2月23日～3月10日必着9時～17時（先着順ではありません）。

2. 3月20日午後から順次結果を連絡します。

内定児 入園に必要な書類などのご案内を郵送します。ご準備をお願いします。

欠員待ち 定員超などにより入園できない場合、欠員待ち登録をさせていただきます。

辞退・欠員が生じた際、順次ご案内差し上げます。

3. 3月23日から入園前面談を行います。入園予定のお子様とお越しく下さい。

日時は結果連絡時に調整させていただきます。

なお当日、入園予約金として10,000円をいただきます。4月分の保育料に充当しますが、入園辞退となっても返金できないことを予めご了承ください。

お問合せ

ぽれぽれ保育園西蒲田

☎ 03-6326-4523



施設長 様

定期利用保育申込書

1 児童住所	連絡先: 緊急連絡先:	
ふりがな 2 児童氏名	ふりがな 氏名	
3 児童生年月日	平成 年 月 日 (当該年度4月1日現在 歳)	
4 保護者氏名		
5 入園希望理由		
6 入園希望日	平成 年 月 日 希望	
7 希望保育時間帯	月 時間 利用日 週 日(曜日:) 利用時間 時 分から 時 分まで	
8 認可保育所への 入園申し込み	有 無	

※ 就労、介護、看護、在学が理由で申し込みをされる方については、それを証明する書類のご提出をお願いいたします。

※ 定員を超えた場合は、施設ごとに選考を行い、4月入所者の選定を行います。
(なお、定員に満たない場合は、随時お申し込み頂けます。)

※ 申込状況等を大田区に情報提供します。

-----キ---リ---下---リ-----

平成 年 月 日

様

上記定期利用保育申込書を確かに受領しました。

園名
施設長名

印

平成27年度 ぽれぽれ保育園西蒲田 入園申込書

平成26年4月2日生以降0歳児クラス

平成25年4月2日～平成26年4月1日生 1歳児クラス

平成24年4月2日～平成25年4月1日生 2歳児クラス

申し込 み者 (保 護 者)	住所	〒 -			
	フリガナ 氏名	-----	自宅の 電話	() -	日中の 連絡先 - - (父携帯・母携帯・勤務先)
入園 希望 児童	フリガナ 氏名	性別	生年月日	保育施設・幼稚園 (入園している場合)	
	(歳児 クラス)	男・女	平成 . .		
	(歳児 クラス)	男・女	平成 . .		

児童氏名					(平成 年 月 日生 歳)
児 童 の 健 康 状 況	健診の受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	最後に受けた検診をお知らせください <input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 9.10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳半健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診				
	これから4月までに健診を受ける予定の方はこちらにご記入ください H27 月 健診				
	健診時指摘事項・その他発達上の心配事や定期的な通院等()				
	アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容)				

児童氏名					(平成 年 月 日生 歳)
児 童 の 健 康 状 況	健診の受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	最後に受けた検診をお知らせください <input type="checkbox"/> 4か月健診 <input type="checkbox"/> 9.10か月健診 <input type="checkbox"/> 1歳半健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診				
	これから4月までに健診を受ける予定の方はこちらにご記入ください H27 月 健診				
	健診時指摘事項・その他発達上の心配事や定期的な通院等()				
	アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容)				

ご利用になる曜日に○を、下段にはご利用になる時間帯をお書きください

ご利用希望日	月	火	水	木	金	土
--------	---	---	---	---	---	---

希望保育時間	月～金	～	土	～
--------	-----	---	---	---

※ 開園時間 : 月～金 7:30～19:00 土 8:30～17:30

*お子様の健康状況やご利用日時について申込み後、園から確認の連絡をすることがあります。ご了承ください。

