

# のびのびあそぼう会申込書

前橋市子育て支援課



ふりがな 名 前	平成 年 月 日生
〒 住 所	電話番号 ( )
【参加を希望した理由】	
【心配なことがあったら、チェックしてください】	
<input type="checkbox"/> スキップが苦手	<input type="checkbox"/> 片足立ち(5秒間)がむずかしい
<input type="checkbox"/> ブランコがこげない	<input type="checkbox"/> 縄跳びが苦手
<input type="checkbox"/> 片足ケンケンが苦手	<input type="checkbox"/> おゆうぎが苦手
<input type="checkbox"/> 転んでケガばかりする	<input type="checkbox"/> 手先が不器用(はさみ、折り紙が苦手)
<input type="checkbox"/> 食事中によく姿勢がくずれる	<input type="checkbox"/> 姿勢が悪いと言われる
<input type="checkbox"/> 力加減が難しい	<input type="checkbox"/> 集団が苦手
【通っている幼稚園・保育所(園)】	
【かかりつけ医療機関】	
【治療中・経過観察中の病気, 運動制限など】	
【発達について】	【身長・体重】
首のすわり 歳 か月	身長 cm
寝返り 歳 か月	体重 kg
おすわり 歳 か月	
はいはい 歳 か月	
歩き始め 歳 か月	
しゃべり始め 歳 か月	
【その他、相談したいこと】	