|  |
| --- |
| スナップ写真でOKです。2023年10月以降のアサヒキャンプ行事参加者は写真不要です。 |

2024年 アサヒ春の川のほとりキャンプ申込書（用紙の複写OK）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　月 　　日

ふりがな　　　　　　　　　　　　◇生年月日　　　　　男・女

◇参加児名　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日生　満　　歳

◇学校・学年　　　　　立　　　　　　小学校・中学校　　　学年

　　　　　　　　　　　　　　 　　（通常学級・特別支援学級）

◇住所　〒　　　-

◇電話　　　 　　　　　（　　　　 ）

◇緊急時の連絡先　　　　　　TEL　　　　　（　　　）

◇メールアドレス（必須）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　氏名 | 年齢 | 続柄 | 学年など | 備考・携帯番号 |
|  |  |  |  |  |

◇家族構成

◇診断について※診断を受けたことのある方は、診断名と診断を受けた年月、その時の年齢をお書き下さい。

　　　　　　　　　　複数の診断名のある方は参考として教えて下さい。

　　　　　　　　　　　　年 　　月　　　歳のとき　診断名：

◇健康・生活

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身長 | 　　　　　｡　　　ｃｍ | 体重 |  |
| 血液型 | 　　　　型　　　　ＲＨ | 平均体温 |  |
| 視力 | 右　　　．　　　左　　　． | メガネ・ｺﾝﾀｸﾄ | 右　　　．　　　左　　　． |
| 車酔い | 無　・　有（薬の使用　有・無） | 生理 | 無・有（自分で処理・支援が必要） |
| 排便 | １日　　　回（　　　　時頃） | 排便の後始末 | 自分でする・支援が必要 |
| 夜尿 | 無　・　有（毎晩・ときどき） | 夜中にトイレへ | 行く・ときどき・行かない |
| 就寝 | 午後　　　　時頃　一人・添い寝 | 就寝時の明かり | つけたまま・豆電球・真っ暗 |
| 起床 | 午前　　　　時頃 | 睡眠時間 | 　約　　　　時間 |
| 洗顔・歯磨き | 自分でする・声かけが必要 |
| 食物アレルギー | （あれば詳しく） |
| 好きな食べ物 |  |
| 嫌いな食べ物 |  |

◇健康上の留意点

　発作　　起こしたことが　ない　・　ある　　最近の発作　　　　年　　　月　　　歳のとき

　　　　　発作の種類と対処方法

　薬(申込時)　無　・　有（薬の飲み方　１日　　回、自分で飲む　・　声かけが必要

　 薬の名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ピリン系のアレルギー

　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　その他のアレルギー

◇いままでにかかった大きな病気　　無　・　有　（　　　歳のとき）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（次頁あり）

◇その他健康上の留意点をくわしく教えて下さい（記入例：吸入が必要だが、自分でできる）

◇キャンプ参加希望の動機やキャンプへの期待など

◇アサヒキャンプ名古屋の活動を初めて知ったきっかけを差し支えなければ教えて下さい

　（〇を付けて下さい）

　・案内チラシ　　・知人から　・学校から　　・HP　　・支援員養成講座

　・親の会（　　　　　　　）　・デイサービス　・その他（　　　　　　　　）

･････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････････

◇お子さんの特徴に配慮したキャンプを行うため、特徴や留意点を教えて下さい。

　（特にマンツーマンでの対応が必要なことがあれば詳しく教えて下さい）

　☆現在、とても興味のあることや好きな遊びと留意点

　☆対人関係、コミュニケーションについての特徴と留意点

☆ことばの表現やその理解についての特徴と留意点

☆その他、生活面、行動面、運動面についての特徴と留意点

※申込書に書かれた個人情報は、個人情報保護法を遵守し、アサヒキャンプを運営するためにのみ使用します