

病後児保育「こぐまハウス」の利用についての同意書

中村こども園 園長 様

保護者氏名 _____

(対象児氏名 _____)

私は、中村こども園の病後児保育を利用するにあたり、下記の内容について同意し、利用を希望します。

記

1. 対象児の状態が悪化し、病後児保育が困難になった場合は、保護者にお迎えをお願いし、事業の利用を中止します。
また、対象児の病状によっては、医療機関への救急搬送などの対応を行います。かかりつけ医での受診が困難な場合は、保護者の了承を得ないまま別の医療機関に搬送することや、医療行為を行うことがあります。医療機関で発生した医療費は、保護者にご負担いただきます。
2. 事業の利用中止に伴う、利用料等の返金はありません。
ただし、昼食代は実費徴収となるため、ご利用がなかった場合は返金いたします。
3. お預かりした薬は、医師の指示どおり与薬し、問題が生じても園で責任は負いません。
4. 食物アレルギーなど、食事内容に個別の配慮が必要な対象児については、保護者の責任のもと、お弁当等の持参をお願いすることがあります。
5. 正当な理由がなく、病後児保育の利用時間を過ぎてもお迎えに来られない場合は、次回以降の利用をお断りすることがあります。送り迎えの時間が遅れる場合は、必ず連絡してください。
6. 病後児保育の利用にあたり知り得た個人情報には目的以外には使用しませんが、必要に応じて医療機関へ提供する場合があります。