しらゆり幼稚園サマースクール 2024

６月２４日（月）～８月２７日（火）

保育時間（９：００am～３：３０pm）週５日給食付
延長保育（７：３０am～６：３０pm）

しらゆり幼稚園では下記の日程でサマースクールを開催いたします。 今年の日本語クラスは、ひらがなの読み書きに加えカタカナや漢字を楽しく覚えたり、簡単なたしざんや ひきざんが学べる内容になっています。英語クラスではアルファベットの読み書きに加え英語での受け答えや挨 拶を学ぶと共に会話を楽しめるような学習内容になっています。 お子様の年齢にあわせて日本語クラス（４才以上）、英語クラス（４才以上）、いるかぐみ（２、３才児）の中か らお選びいただけます。水あそび、クラフト、体育、音楽、クッキングなどのお楽しみもありますので、 是非ご参加下さい。

☆**申し込み方法** ＊申込用紙に登録費を添えて郵送または、園までお持ちください。 お申込み受領後、月謝袋をご自宅に郵送しますので、登園初日に保育料をお支払い下さい。

☆対象年齢 ＊2才～5才（2024年卒園児も参加可）
＊2018年 9月 2日～2020年 9月1日生まれのお子様は英語クラスまたは日本語をお選び下さい。
＊2020年 9月 2日以降に生まれたお子様はいるかクラス（日本語）のみです。
＊しらゆり幼稚園の園児以外の方もサマースクールのみご参加いただけます。

☆サマースクール実施校 ; 全園児バーモント園となります。

☆基本保育料【9:00～3:30】

	保育料	ダイパー手数料
1ヶ月単位 5日コース	＄960	＄70
1週間単位 5日コース	＄300	＄20

デイケア保育料金は30分ごとに＄3.00で計算します。 当日の延長は、30分＄5.00です。 週5日コースの月単位の方のみ下記の設定料金になります。
（9時～3時30分の保育時間を含みます）

7時間保育 ：＄970
8時間保育 ：＄980
9時間保育 ：＄1000
10時間保育 ：＄1020
11時間保育 ：＄1040

＊給食代は保育料に含まれています。
＊在園児以外の方は登録料＄30が必要です。
＊お支払い後の返金は出来ませんので、ご了承ください。
＊6月 24日（月）～6月28日（金）はデイケアです。（一日＄70）
＊7月 4日（木）4th of July はお休みです。
＊8月 26日（月）～8月27日（火）はデイケアです。（一日＄70）
＊8月 28日（水）～9月 2日（月）はお休みです。
＊チェックのあて名は “SHIRAYURI”です。

一日の流れ
７：００ 午前のデイケア
９：００ 登園
９：１５ 全体朝礼（歌、ダンス）朝の会（クラス別）
１０：００ おやつ
１０：１５ その日のカリキュラム(体育、音楽、クラフト、数と言葉あそび等)
１１：００ 外遊び（水あそびを含む）
１２：００ 給食
１２：４５ お昼寝
２：３０ 午後の活動 / おやつ / お帰りの会
３：３０ 降園
３：３０ 午後のデイケア（６：３０pmまで）

持ち物： ＊コップ、お昼寝用ブランケット1枚、シーツ一枚、着替え一式、ぼうし、うわばき、緊急用キット
＊ダイパー、おしりふきの必要なお子様は、お持ちください。 水遊びの日は水着、バスタオル、ビニール袋、水着用ダイパー
＊水遊び用のサンダルは必要ありません。

23325 S. Vermont Ave. Torrance, CA 90502 Tel: (310)530-5830 shirayuriusa.org

2024 年しらゆり幼稚園　サマースクール申込書

子供の名前　日本語または英語	生年月日	ダイパー
ふりがな（　　）　男　女	年　月　日	有　無

住所

保護者の名前	連絡先（緊急時を含む）
父	携帯　　職場 ☎
母	携帯　　職場 ☎

日程	英語又は日本語に〇をつけてください（2018年9月2日～2020年9月1日生れの子様のみ選択できます。それ以外のお子様の印は必要ありません）	希望の欄に〇をつけて下さい。 週単位（ ）内はダイパー手数料		月単位（ ）内はダイパー手数料
		5日		5日
		$300		$960
		($20)		($70)
6/24 － 6/28	デイケア（一日＄70）	6/24　6/25　6/26　6/27　6/28	7月	
7/1 － 7/5	英語　/日本語			
7/8 － 7/12	英語　/日本語			
7/15 － 7/19	英語　/日本語			
7/22 － 7/26	英語　/日本語			
7/29 － 8/2	英語　/日本語		8月	
8/5 － 8/9	英語　/日本語			
8/12 － 8/16	英語　/日本語			
8/19 － 8/23	英語　/日本語			
8/26 － 8/27	デイケア（一日＄70）	8/26（月）　8/27（火）		

延長保育希望の時間帯（　　am ～　　pm）「7：30am～6：30pm」

＊4th of July（7/4 木）はお休みです。
＊4週間続けての申し込みは、月単位の料金になります。

両親以外の送迎者　名前	住所	電話番号	関係

備考欄（食物アレルギー、健康上の注意など）

現在通っている幼稚園または学校名（　　）

保護者サイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿申し込み日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

①／6 プレスクール入園フォーム
「主治医レポート」

しらゆり幼稚園

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS 主治医レポート

(CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION) ※お医者様のサインをもらって下さい

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT) 入園を希望するブレスクーレ名奈以下に記入

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
園児名 (NAME OF CHILD) 生年月日 (BIRTH DATE) 入園を希望するブレスクーレ名奈以下に記入

SHIRAYURI
(NAME OF CHILD SCHOOL)

This Child Care Center/School provides a program which extends from 7:30 a.m.
プレスクールに通園する時間帯

to 6:30 p.m., 5 days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center. 私共の主治医が、下記に記載した園児の健康態に関する情報を、下記のプレスクールに提供することを認めます。

SIGN HERE

_____ (SIGNATURE OF PARENT) 保護者のサイン

_____ (DATE) 日付

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) 主治医記入欄

Problems of which you should be aware: 上記園児の健康上の問題点

Hearing: :聴覚

Allergies: medicine:アレルギー投薬

Vision: 視覚

Insect stings:虫さされ

Developmental:発達状況

Food:食生活

Language/Speech:言語・話し方

Asthma:ぜんそく

Dental:歯科用

Other (Include behavioral concerns):行動上の問題点

Comments/Explanations:主治医のコメント

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:常用薬、健康上の制限・日常の決まりごとなど

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

接種済みの予防注射について同封のカリフォルニア予防注射レコードに記入してください。

VACCINE 予防注射	DATE EACH DOSE WAS GIVEN 接種日				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV) ポリオ・小児マヒ	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/DT/Td 百日咳、ジフテリア、破傷風 (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA) はしか、風疹、おたふく風邪	/ /	/ /			
(REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) **HIB MENINGITIS** ヘモフィルスインフルエンザB型菌 (HAEMOPHILUS B) (チャイルドケアの園児のみ)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B B型肝ワクチン	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKEN POX) 水疱瘡	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side) ツベレクリン検査について

☐ Risk factors not present; TB skin test not required.
ツベルクリン検査不要。

☐ Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
マントー式ツベルクリン検査実施。

____ Communicable TB disease not present. 結核の保菌なし。

I have ☐ have not ☐ reviewed the above information with the parent/guardian.
本件について保護者と話し合った。( )本件について保護者と話していない。( )

Physician: 主治医名 _____ Date of Physical Exam: 医師資格取得年月日 _____
Address: 住所 _____ Date This Form Completed: 日付 _____
Telephone: 電話 _____ Signature サイン _____

☐ Physician 医師 ☐ Physician's Assistant 医師のアシスタント ☐ Nurse Practitioner 看護士

②／6 プレスクール入園フォーム
「緊急時連絡先情報」

しらゆり幼稚園

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING DIVISION

IDENTIFICATION AND EMERGENCY INFORMATION
CHILD CARE CENTERS

緊急時の連絡先情

To Be Completed by Parent or Authorized Representative

CHILD'S NAME 園児名	LAST	MIDDLE	FIRST	SEX 性別	TELEPHONE 電話番号 ( )
ADDRESS 住所	CITY	STATE	ZIP		BIRTHDATE 生年月日
FATHER'S NAME 父親名	LAST	MIDDLE	FIRST		BUSINESS TELEPHONE 勤務先電話番号 ( )
HOME ADDRESS 住所	CITY	STATE	ZIP		HOME TELEPHONE 自宅電話番号 ( )
MOTHER'S NAME 母親名	LAST	MIDDLE	FIRST		BUSINESS TELEPHONE 勤務先電話番号 ( )
HOME ADDRESS 住所	CITY	STATE	ZIP		HOME TELEPHONE 自宅電話番号 ( )
PERSON RESPONSIBLE FOR CHILD 両親以外の緊急連人：氏名	LAST NAME	MIDDLE	FIRST	HOME TELEPHONE 自宅電話番号 ( )	BUSINESS TELEPHONE 勤務先電話番号 ( )

ADDITIONAL PERSONS WHO MAY BE CALLED IN AN EMERGENCY その他の緊急時連絡先

NAME 氏名	ADDRESS 住所	TELEPHONE 電話	RELATIONSHIP

PHYSICIAN OR DENTIST TO BE CALLED IN AN EMERGENCY 緊急時の連絡する主治医

PHYSICIAN 医師名	ADDRESS 住所	MEDICAL PLAN AND NUMBER 医療保険名と番号	TELEPHONE 電話番号 ( )
DENTIST 歯医者名	ADDRESS 住所	MEDICAL PLAN AND NUMBER 医療保険名と番号	TELEPHONE 電話番号 ( )

IF PHYSICIAN CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOULD BE TAKEN? 上記の医師と連絡が取れないときの対応を以下に指示してください

☐ CALL EMERGENCY HOSPITAL 救急病院に連絡 ☐ OTHER その他 EXPLAIN: _____

NAMES OF PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY

(CHILD WILL NOT BE ALLOWED TO LEAVE WITH ANY OTHER PERSON WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION FROM PARENT)

プレスクールから園児を連れて帰ることのできる人のリスト（このリストに記載のない人には、園児はお渡しできません）

NAME 氏名	RELATIONSHIP 関係

TIME CHILD WILL BE CALLED FOR

SIGNATURE OF PARENT ※保護者のサイン | DATE

SIGN HERE

TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATOR/FAMILY CHILD CARE HOMES LICENSEE

プレスクール記載欄

DATE OF ADMISSION | DATE LEFT

③／6 プレスクール入園フォーム

しらゆり幼稚園

「健康レポート」

CHILD'S PREADMISSION HEALTH HISTORY—PARENT'S REPORT

CHILD'S NAME 園児名 SEX 性別	BIRTH DATE 生年月日
FATHER'S NAME 父親名	DOES FATHER LIVE IN HOME WITH CHILD? お子さんは父親と同居していますか？
MOTHER'S NAME 母親名	DOES MOTHER LIVE IN HOME WITH CHILD? お子さんは母親と同居していますか？
IS /HAS CHILD BEEN UNDER REGULAR SUPERVISION OF PHYSICIAN? お子さんは医師の検診を定期的に受けていぼすか?	DATE OF LAST PHYSICAL/MEDICAL EXAMINATION 直近の検診日

DEVELOPMENTAL HISTORY

WALKED AT 歩き始めたときの年齢 （月） MONTHS	BEGAN TALKING AT 話し始めたときの年齢（月） MONTHS	TOILET TRAINING STARTED AT トイレトレーニング開始の年齢 （月） MONTHS

PAST ILLNESSES — Check illnesses that child has had and specify approximate dates of illnesses:

	DATES 日付		DATES 日付		DATES 日付
☐ Chicken Pox 水ぼうそう		☐ Diabetes 糖尿病		☐ Poliomyelitis 小児麻痺	
☐ Asthma ぜんそう		☐ Epilepsy てんかん		☐ Ten-Day Measles (Rubeola) はしか	
☐ Rheumatic Fever リューマチ熱		☐ Whooping cough 百日咳		☐ Three-Day Measles (Rubella) 三日はしか	
☐ Hay Fever 花粉症		☐ Mumps おたふくかぜ			

SPECIFY ANY OTHER SERIOUS OR SEVERE ILLNESSES OR ACCIDENTS その他、深刻な病気求たは事故があれば記入してください。

DOES CHILD HAVE FREQUENT COLDS? 風邪をひきやすいほうですか？ YES NO	HOW MANY IN LAST YEAR? 昨年は何回風邪をひきましたか？	LIST ANY ALLERGIES STAFF SHOULD BE AWARE OF アレルギーがあれば記載してください

DAILY ROUTINES 日常生活

WHAT TIME DOES CHILD GET UP? 起床は何時ですか?	WHAT TIME CHILD GO TO BED? 就寝は何時ですか？	DOES CHILD SLEEP WELL? よく眠っていますか？
DOES CHILD SLEEP DURING THE DAY? 昼寝をしますか？	WHEN? 昼寝は何時頃ですか？	HOW LONG? 何分（何時間）眠りますか？

DIET PATTERN:
(What does child usually eat for these meals?)

食生活について：
3堂度の食事でよく食べるも記入してください。

BREAKFAST 朝食

LUNCH 昼食

DINNER 夕食

WHAT ARE USUAL EATING HOURS? 食事時間は何時ごろですか？
BREAKFAST 朝食_____
LUNCH 昼食_____
DINNER 夕食_____

ANY FOOD DISLIKES? 嫌いな食べ物はなんですか？	ANY EATING PROBLEMS? 食事上の問題はありますか？

IS CHILD TOILET TRAINED? トイレトレーニングはしていますか？ YES NO	IF YES, AT WHAT STAGE: 「イエス」の場合、現在はどの段階ですか？	ARE BOWEL MOVEMENTS REGULAR? 便通は正常ですか？ YES NO	WHAT IS USUAL TIME? 何時頃ですか？

WORD USED FOR "BOWEL MOVEMENT 便通したいとき、お子さんはどんな言葉を使いますか？	WORD USED FOR URINATION おしっこをするとき、お子さんはどんな言葉を使いますか？

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S HEALTH 親によるお子さんの健康評価

IS CHILD PRESENTLY UNDER A DOCTOR'S CARE? 現在、医者の治療を受けていますか？ YES NO	IF YES, NAME OF DOCTOR: 「イエス」場合、主治医名を記入してください。	DOES CHILD TAKE PRESCRIBED MEDICATION(S)? 処方薬を服用していますか？ YES ☐ NO	IF YES, WHAT KIND AND ANY SIDE EFFECTS: 「イエス」野倍場合、どのような副作用があるか記入してください。
DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S): （建通のための）特別な器具を使っていますか？ YES NO	IF YES, WHAT KIND: 「イエス」の場合、どのような器具か記入してください。	DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S) AT HOME? 自宅で特別な器具を使っていますか？ YES NO	IF YES, WHAT KIND: 「イエス」の場合、どのような器具か記入してください。

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S PERSONALITY 親によるお子さんの性格評価

HOW DOES CHILD GET ALONG WITH PARENTS, BROTHERS, SISTERS AND OTHER CHILDREN? お子さんは両親、兄弟姉妹、ほかの子供と仲良くしていますか？

HAS THE CHILD HAD GROUP PLAY EXPERIENCES? お子さんは集団生活を経験したことがありますか？

DOES THE CHILD HAVE ANY SPECIAL PROBLEMS/FEARS/NEEDS? (EXPLAIN.) プレスクールとして知っておいたほうがよい持病・問題などがありますか？

WHAT IS THE PLAN FOR CARE WHEN THE CHILD IS ILL? お子さんが病気になったときはどのような対応を希望しますか？

REASON FOR REQUESTING DAY CARE PLACEMENT デイケアを希望する方は、その理由記入してください。

PARENT'S SIGNATURE ※親のサイン	DATE SIGN HERE

④／６ プレスクール入園フォーム
「緊急医療手当て同意書」

しらゆり幼稚園

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT- Child Care Centers

緊急医療手当て同意書−
チャイルドケアセンター

AS THE PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE, I HEREBY GIVE CONSENT TO

SHIRAYURI
FACILITY NAME 施設名
TO OBTAIN ALL EMERGENCY MEDICAL OR DENTAL CARE

PRESCRIBED BY A DULY LICENSED PHYSICIAN (M.D.) OSTEOPATH (D.O.) OR DENTIST (D.D.S.) FOR

_____. THIS CARE MAY BE GIVEN UNDER
NAME （子供の名前）

WHATEVER CONDITIONS ARE NECESSARY TO PRESERVE THE LIFE, LIMB OR WELL BEING OF THE CHILD NAMED ABOVE.

親あるは法定代理人として私は、_____（施設名）に対し、_____（子供の名前）緊急時における、正規の医師、歯科医、整骨医から処方された医療行為を提供する・ことに同意する。この手当ては、この子供の生命、身体、健康維持するために必要と思われる、いかなる状況下で行ってもよいものとする。

CHILD HAS THE FOLLOWING MEDICATION ALLERGIES: この子供は、以上の薬物アレルギーがある。

SIGN HERE

※サイン

DATE 日付

PARENT SIGNATURE
法的代理人の署名

HOME ADDRESS 住所

HOME PHONE 自宅電話番号
(　　)

WORK PHONE 勤務先電話番号
(　　)

LIC 627 (9/08) (CONFIDENTIAL)

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

PERSONAL RIGHTS　の権利

Child Care Centers　チャイルドケアセンター

Personal Rights, See Section 101223 for waiver conditions applicable to Child Care Centers.
個人の権利、101223条におけるチャイルドケアセンターに適応きれる権利放棄の条件を要参照

(a) Child Care Centers. Each child receiving services from a Child Care Center shall have rights which include, but are not limited to, the following:
チャイルドケアセンター、チャイルドケアセンターで保育を受ける子供は、最低限、以下の権利を保有する。

(1) To be accorded dignity in his/her personal relationships with staff and other persons.
職員をはじめとする人々との人間関係は尊厳に基づいたものでなければならない。

(2) To be accorded safe, healthful and comfortable accommodations, furnishings and equipment to meet his/her needs.
子供たちのニーズにあった安全で衛生的、快適な設備、備品、道具が準備されなければならない。

(3) To be free from corporal or unusual punishment, infliction of pain, humiliation, intimidation, ridicule, coercion, threat, mental abuse, or other actions of a punitive nature, including but not limited to: interference with daily living functions, including eating, sleeping, or toileting; or withholding of shelter, clothing, medication or aids to physical functioning.
子供たちは、身体的、精神的な虐待、体罰、侮辱、脅迫、嘲り、強制、脅威、精神の酷使などの罰をあたえらることはない。また、日常生活行為である食事、睡眠、用便を妨害されない。また、身体の機能を維持するのに必要な設備、衣服、応急処置・薬を与えられることを妨害されることもない。

(4) To be informed, and to have his/her authorized representative, if any, informed by the licensee of the provisions of law regarding complaints including, but not limited to, the address and telephone number of the complaint receiving unit of the licensing agency and of information regarding confidentiality.
保護者または保護者の代理人は、ライセンス保持者から、法で認められている範囲内で、ライセンス発行当局に不満を申し立てた人の住所、電話番号、機密情報などを聞くことができる。

(5) To be free to attend religious services or activities of his/her choice and to have visits from the spiritual advisor of his/her choice. Attendance at religious services, either in or outside the facility, shall be on a completely voluntary basis. In Child Care Centers, decisions concerning attendance at religious services or visits from spiritual advisors shall be made by the parent(s), or guardian(s) of the child.
子供は、信仰する宗教行事への参加、スピリチュアルアドバイザーを訪問する自由を持つ。施設内外の宗教活動への参加は、あくまでも任意である。チャイルドケア施設が主催する宗教的な行事、スピリチュアルアドバイザー訪問については、参加の可否は、親または法的代理人が決定するものとする。

(6) Not to be locked in any room, building, or facility premises by day or night.
子供は、どんな時でも部屋、施設に、閉じ込められない。

(7) Not to be placed in any restraining device, except a supportive restraint approved in advance by the licensing agency.
ライセンス発行当局に申請し、許可を受けたサポート機能を持つ器具以外の拘束器具を子供に使わせてはならない。

THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN HAS THE RIGHT TO BE INFORMED OF THE APPROPRIATE LICENSING AGENCY TO CONTACT REGARDING COMPLAINTS, WHICH IS:

NAME
Community Care Licensing

ADDRESS
300 Continental Ave #290A

CITY	ZIP CODE	AREA CODE/TELEPHONE NUMBER
El Segundo	90245	(424)301-3077

DETACH HERE

PLACE IN CHILD'S FILE

TO: PARENT/GUARDIAN/CHILD OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:
親、保護者、子供あるいは法的代理人へ:

Upon satisfactory and full disclosure of the personal rights as explained, complete the following acknowledgment:
個人の権利に関して十分な説明を受けた後、以下の承認欄に必要事項を記入しサインしてください。

ACKNOWLEDGMENT: I/We have been personally advised of, and have received a copy of the personal rights contained in the California Code of Regulations, Title 22, at the time of admission to: 私（達）は、現行カリフォルニア州法タイトル22にある個人の権利の写しを受領し説明を受けました。

(PRINT THE NAME OF THE FACILITY) 施設名	(PRINT THE ADDRESS OF THE FACILITY) 施設の住所
Shirayuri Youchien	23325 S. Vermont Ave. Torrance, CA 90502 20706 Normandie Ave. Torrance, CA 90502

(PRINT THE NAME OF THE CHILD)　子供の

(SIGNATURE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)　代理人、親、保護者の署名

SIGN HERE

(TITLE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)　代理人、親、保護者の署名	(DATE)　日付

STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING DIVISION

CHILD CARE CENTER
NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS
チャイルドケアセンター・親の権利に関する通知

PARENTS' RIGHTS 親の権利

As a Parent/Authorized Representative, you have the right to:
親または法的代理人には次のような権利があります。

1. Enter and inspect the child care center without advance notice whenever children are in care.
   あなたの子供がチャイルドケアセンターにいる時は、事前道和なしでいつでも視察できます。
2. File a complaint against the licensee with the licensing office and review the licensee's public file kept by the licensing office.
   ライセンス保有者に対する不満を、ライセンス発行当局に提出することができます。また、ライセンス発行務所が保持しているライセンス保持者の公開情報を閲覧することができます。
3. Review, at the child care center, reports of licensing visits and substantiated complaints against the licensee made during the last three years.
   過去3年間の査察状況やライセンス保有者（チャイルドケアセンター）への不満報告書（立証されたもののみ）は、チャイルドケアセンターで閲覧することができます。
4. Complain to the licensing office and inspect the child care center without discrimination or retaliation against you or your child.
   ライセンス発行務所への不満報告とチャイルドケアセンターへ視察は、あなたやあなたの子供に対する差別や報復につながるものではありません。
5. Request in writing that a parent not be allowed to visit your child or take your child from the child care center, provided you have shown a certified copy of a court order.
   裁判所命令の証明書を添えて正面で由情すれば、片方の親があなたの子供を訪問することやチャイルドケアセンターから子共を連れて去ることを禁止することができます。
6. Receive from the licensee the name, address and telephone number of the local licensing office.
   地域のライセンス発行当局からライセンス保持者の名前、住所、電話番号を入手することができます。

   Licensing Office Name: Community Care Licensing
   ライセンス発行務所

   Licensing Office Address: 300 Continental Blvd #290 A, El Segundo, CA 90245
   ライセンス発行務所の住所

   Licensing Office Telephone #: (424) 301-3077
   ライセンス発行務所の電話番号

7. Be informed by the licensee, upon request, of the name and type of association to the child care center for any adult who has been granted a criminal record exemption, and that the name of the person may also be obtained by contacting the local licensing office.
   チャイルドケアセンターの関係者が、過去に刑事罰記録の公開免除を受けたことがあるかどうかを確認したいとき、またその人の名前を知りたいときは、各地のライセンス当局に申し込みめばその情報を入手できます。
8. Receive, from the licensee, the Caregiver Background Check Process form.
   勤務している保育者の経歴調査をしたいときは、その申請用紙をチャイルドケアセンターから入手することができます。

NOTE: CALIFORNIA STATE LAW PROVIDES THAT THE LICENSEE MAY DENY ACCESS TO THE CHILD CARE CENTER TO A PARENT/ AUTHORIZED REPRESENTATIVE IF THE BEHAVIOR OF THE PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE POSES A RISK TO CHILDREN IN CARE.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database, go to www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (9/08)

(Detach Here - Give Upper Portion to Parents)

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS
(Parent/Authorized Representative Signature Required)
親の権利の通知を承認（親または法的理人署名必要）

I, the parent/authorized representative of 子供の名前, have received a copy of the "CHILD CARE CENTER NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS" and the CAREGIVER BACKGROUND CHECK PROCESS form from the licensee.
私は_____（子共の名前）の親あるいは法的代理人として、ライセンス保持者から「チャイルドケアセンターにあける親の権利」の書面と保育者の素養調査依頼書を受領しました。

SHIRAYURI
Name of Child Care Center チャイルドケアセンター名

※サイン
Parent Signature

Date

SIGN HERE

NOTE: This Acknowledgement must be kept in child's file and a copy of the Notification given to parent/authorized representative.
備考：この確認書は、子共の記録ファイルに保存され、コピーを親あるいは法定代理人に手渡すものとする。

For the Department of Justice "Registered Sex Offender"database go to www.meganslaw.ca.gov

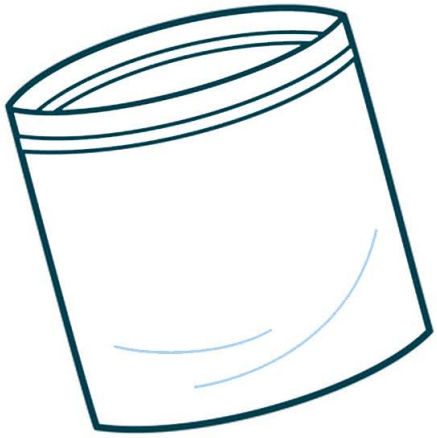
LIC 995 (9/08)

緊急用カード

ご記入の上、緊急用キットに入れてください。

子供の名前	
住所　　自宅電話番号	
保護者氏名　　続柄（　　）	携帯電話番号
保護者氏名　　続柄（　　）	携帯電話番号
備考	

✂

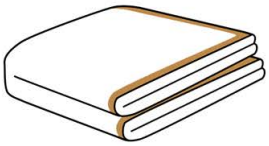


1ギャロン
ジップロック

お水

緊急用カード

お菓子



薄いブランケット