家　　庭　　連　　絡　　票

　　　　　　　　　　みやこ町立犀川小学校

**（　　　）年（　　　）組（　　　）番**

　令和６年　　月　　日記入

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童 | ふりがな氏　　名 |  | 性別 | 男女 | 生年月日　平成　 年　 　月 　　日 |
| 保護者 | ふりがな氏　　名 |  | 児童との続　柄 |  |
| 現 住 所 |  | 電　話 |  |
| ＜緊急連絡先 、病院搬送、及び 緊急下校時（児童引き渡し）＞　児童引き渡し訓練でも使用します。＊緊急な場合の連絡先や職場、児童との関係をお書きください。（緊急連絡先が自宅以外の場合のみ） |
|  | 引き取り予定者、連絡先(本人との関係等) | 電　話　番　号 | 引き渡し日時 |
| 緊急連絡先① |  |  | ☆ |
| 緊急連絡先② |  |  | ☆ |
| 緊急連絡先③ |  |  | ☆ |
| 緊急連絡先④ |  |  | ☆ |
| 緊急連絡先⑤ |  |  | ☆ |
| 家族状況 | 続　柄 | 氏　　　　名 | 年齢 | 性別 | 備考（兄弟の学年・組、在籍園・校等） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 健康について | 西暦（　　　）年（　　）月　～　西暦（　　　　）年（　　　）月迄（園名　　　　　　　　　　　） |
| ＊アレルギーについて【ある（薬・食べ物）→　　　　　　　　　　　　　】・【なし】どちらかに〇を |
| ＊健康保険証の種類　※あてはまるものに「〇」をお願いします。　【　国民健康保険　・　社会保険　・　共済保険　・　母子医療　・　その他（　　　　　）　】 |
| かかりつけ（搬送希望）の病院名 |
| 【外科】 | 【内科】 | 【歯科】 | 【眼科】 |
| ＊気になることがあればご記入ください。 |

|  |
| --- |
| 保護者から見た児童の性格や生活の様子 |
| よいところ | 気をつけてほしいところ |
|  |  |
| ※お子様の写真使用について**（許可・不許可）**いずれかに〇をつけてください。①学校（学級）通信**（許可・不許可）**　②学習中の使用**（許可・不許可）**　③学校ホームページ**（許可・不許可）**※すぐメールの登録状況**（　済　・　未　）** |
| 自宅までの案内図 | ＊自宅付近の目印になるものから学校までの略図をお書きください。 |

**※　緊急時の連絡等を迅速にお届けするために、すぐメールに登録をお願いいたします。**