

EMERGENCY INFORMATION CARD

The Japanese Language School in Charlotte

1817 Central Ave. Suite 300, Charlotte, NC 28205

TEL: (704) 333-2775, FAX: (704) 333-0862

児童・生徒 氏名 姓
Student's Name: (Last)

名
(First)

生年 月 日
Date of Birth

学 年
Grade/Year

自 宅 電 話
Home Phone

携 帯 電 話
Cell Phone

住 所
Address

母 親 名
Mother's Name

父 親 名
Father's Name

Please list two persons who will assume temporary care of your child in the event you cannot be reached.

緊 急 連 絡 先
Emergency Contact 1 Name Phone

Emergency Contact 2 Name Phone

家 庭 医 または 小 児 科 医
Family Doctor or Pediatrician

Name Phone

Address

Please note special medical problems

In the event that I cannot be reached, I give permission for a school representatives to transport this student to the above doctor or any medical facility and do authorize emergency treatment.

I will assume full responsibility for all charges related above.

Date (/ /)

Parent's or Guardian's Signature

この書類は緊急時に病院で診察を受けるために必要なものです。上記は全て英文で記入の上、サインして提出してください。

【クラブ活動参加申し込み】

シャーロット日本語補習学校クラブ活動規約ならびにクラブ活動案内および上記を理解のうえ、クラブ活動への参加を申し込みます。

シャーロット日本語補習学校 学年 児童生徒氏名 (日本語で)

保護者メールアドレス

保護者氏名 (日本語)

バスケットボール 参加希望活動にチェック願います。

※クラブ活動の連絡事項等の伝達に必要なため、必ず記載願います。