

2019年度用

家庭報告書

4月1日現在として記入

幼・小・中・高		ふりがな		性別	生年月日
年		氏名		男女	年 月 日 (西暦で記入)
現住所				渡米前の居住地(都道府県名)	
	通学時間 時間 分			日本連絡先 住所	
	Tel		FAX	氏名	
	保護者携帯 父		母	Tel	
E-mailアドレス(各家庭1つ) 事務局からの連絡メール受信先					
現地校名(英名)			Grade	Tel	
現地校住所					
(ふりがな) [保護者名] (英語名は英字 で)	父() [] ()	母() [] ()	シャロット日本語補習学校入学日 年 月 日 (西暦で記入)		
本校に在籍する兄弟姉妹(該当学年に○印を)			児童・生徒の滞米時期 年 月(歳)から 米国滞在の該当する方に○印 永住 長期滞在 滞米予定年数:約 年間 本人の帰国予定(わかっている場合) 20 年 月頃		
ひ・か・小・中・高 年 氏名					
ひ・か・小・中・高 年 氏名					
ひ・か・小・中・高 年 氏名					
保護者 勤務先名			Tel		
緊急連絡先 氏名			Tel		
学校で留意してほしいこと。(病気、アレルギー、転出予定、学習障害、発達障害、など具体的に書いて下さい)					
児童・生徒の趣味や特技について記入してください。					

EMERGENCY INFORMATION CARD

The Japanese Language School in Charlotte

1817 Central Avenue #300, Charlotte, NC 28205

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

Email: jlsc2@att.net

児童・生徒 氏名 姓
Student's Name: (Last) _____ (First) _____

生年 月日 _____ 学 年 _____ 自 宅 電 話 _____
Date of Birth _____ Grade/Year _____ Home Phone _____

携 帯 電 話 _____
Cell Phone _____

住 所 _____
Address _____

母 親 名 _____ 父 親 名 _____
Mother's Name _____ 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。

シャーロット日本語補習学校 学年 _____ 名前 _____ (日本語で児童・生徒名)