

緊急連絡先（優先順）及び健康調査票

保護者名

印

児童クラブ	長岡・葵・大戸・青葉 児童クラブ（○で囲んでください）		
児童名		学年	年生 新年度4月の学年を記入
緊急連絡先  (優先順)	氏名 (続柄)	連絡先 (○で囲んでください) (職場の場合は名称を記入)	電話番号
	① ( )	携帯・自宅・職場 職場名:	
	② ( )	携帯・自宅・職場 職場名:	
	② ( )	携帯・自宅・職場 職場名:	
児童の状況  (該当箇所を○で囲み、必要事項を記入して下さい。)	発達や慢性的な病気ことで、相談している病院や施設等がありますか。 1. ない 2. ある 病院名や施設名【保健師・児童発達支援事業所】など ( ) 病名など ( ) 服薬 ア.ある (1日 回)【朝・昼・夜・寝る前・その他】 イ.ない ※児童クラブでは投薬できません。		
	アトピーやアレルギーなどがありますか。 1. ない 2. ある【症状など】:		
	身体障がい者手帳又は、療育手帳をお持ちですか。 1. 持っていない 2. 持っている 手帳名 ( ) 等級 ( )		
	平熱 ( )℃ その他(お預かりする際に指導員が知っておくべき事項がありましたら、記入して下さい。)		
	かかりつけの医療機関名:		電話番号:

※緊急連絡先は、2つ以上記載していただき、必ず連絡がとれる電話番号でお願い致します。

(児童クラブ以外にも町こども課から連絡させて頂く事がございます。) なお、ご記入頂いた個人情報については、児童クラブに関する事以外は利用しないことを申し添えます。

