

緊急連絡カード

No.

フリガナ.....				
年 組 氏名			男 ・ 女	
生年月日		平成 年 月 日		
住 所		朝霞市 TEL		
緊急時の連絡	保護者氏名 (フリガナ)		勤務先一名称	
	続柄		住所	
			TEL 携帯	
	保護者氏名 (フリガナ)		勤務先一名称	
	続柄		住所	
			TEL 携帯	
兄弟・姉妹関係		年 組		氏 名
氏 名		関係		TEL
氏 名		関係		TEL
緊急時の病院	小児科・内科		TEL	
	整形外科		TEL	
	歯 科		TEL	
	その他 (眼科・耳鼻科)		TEL	

⇒ 優先順位がある場合は①②...と記入してください。

※緊急やむを得ない場合は、学校に一任させていただきます。
 ※途中で変更された場合は、ご連絡ください。