

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。