

# 2023年度 園児調査票

本校入学年月日		入園該当者(2017年4月2日生～2018年4月1日生)					
幼稚園		ふりがな		性別		生年月日(西暦)	
学年	組	氏名		男女		年 月 日	
現住所							
電話	保護者1	氏名		保護者2	氏名		
email	保護者1			保護者2			
勤務先名				商工会会員 はなみずき会員	勤務先電話		
家族構成	続柄	氏名		英名/アルファベット表記			本校学年
現地校名						電話:	
現地校住所						County:	
帰国予定	あり( 年 月頃 / 期日は未定 ) なし(永住等)						
日本国籍	あり なし * 日本国政府からの調査依頼に使用						
園児の在米期間	年 月から		その他の外国経験				
エピペンの ● 病気、アレルギー、校外活動、趣味等本校で承知してほしいことを詳しくご記入ください。 用意 ● アナフィラキシーショックは明確にご記載ください。 あり なし  ※本校では(別紙)「お子様の編入学・在籍にあたって」の説明のように〔特別支援教育〕は実施していません。特別な配慮を必要とする場合は、状況に応じて保護者の協力・配慮を求める場合があります。また、年度途中であってもご理解・ご協力いただけない場合には、在籍をご辞退いただくことがありますのでご了承ください。							
日本語での日常会話	できる		すこしできる			あまりできない	
上記内容は事実と相違ありません。また、「ジョージア日本語学校指導方針同意書」(別紙)の趣旨及び記載内容に同意いたします。 年 月 日 保護者署名							
日本の学校(幼稚園～高校)または補習授業校で教えたことはありますか。ある方はその旨、下に書いてください。							
記入上の注意	◎裏面の EMERGENCY INFORMATION CARD も必ず記入してください。						
	◎住所や電話番号が変わった場合は、変更届を事務局まで提出してください。						
for general use	◎学校、学級から連絡及び公開可能なメールアドレスをご記載ください。						
年 組	※園児氏名		:			_____	
	※E-mail Address		:			_____ 父 母	

※ この緊急カードは、緊急時の連絡、または病院で診察を受けるために必要な書類です。

記入事項は全て英語でご記入ください。

## 緊急カード EMERGENCY FORM 2023

GEORGIA JAPANESE LANGUAGE SCHOOL

C/O LINDLEY 6<sup>TH</sup> GRADE ACADEMY

1550 PEBBLEBROOK CIRCLE MABLETON, GA 30126

TEL (770)941-0533, (404)797-8177

### STUDENT INFORMATION:

児童・生徒氏名

STUDENT'S NAME: \_\_\_\_\_

性別 male

GENDER: female

学年

GRADE: \_\_\_\_\_

生年月日

DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

自宅電話番号

HOME PHONE: \_\_\_\_\_

CELL PHONE : \_\_\_\_\_

住所

ADDRESS: \_\_\_\_\_

NAME OF PARENTS/GUARDIANS 保護者名

NAME OF PARENTS/GUARDIANS 保護者名

自宅・勤務先以外の緊急連絡先（土曜日に必ず連絡が取れるところ、携帯可）を書いてください。

PLEASE LIST TWO PERSONS TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY.

緊急連絡先

電話

1 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NAME

DAY TIME PHONE

2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NAME

DAY TIME PHONE

PLEASE NOTE SPECIAL MEDICAL PROBLEM:

医療上、特別な問題点、周知事項

ファミリー・ドクター名

FAMILY DOCTOR: \_\_\_\_\_

電話

PHONE: \_\_\_\_\_

住所

ADDRESS: \_\_\_\_\_

IN THE EVENT THAT I CANNOT BE REACHED, I GIVE PERMISSION FOR A SCHOOL REPRESENTATIVE TO TRANSPORT THIS STUDENT TO **KURAOKA CLINIC, EGLESTON CHILDREN'S HEALTH CENTER**, OR FAMILY DOCTOR AND DO AUTHORIZE EMERGENCY TREATMENT. I WILL ASSUME FULL RESPONSIBILITY FOR ALL CHARGES RELATED TO ABOVE.

DATE: \_\_\_\_\_

PARENT'S OR GUARDIAN'S SIGNATURE

IN THE EVENT OF EXTREME EMERGENCY THE CLOSEST DOCTOR OR MEDICAL FACILITY WILL BE UTILIZED.