

2023年度

児童・生徒調査票

本校入学年月日		年 月 曜 日		前年度からの変更の有無:		電話番号	有無	現住所	有無	EMAIL	有無	勤務先	有無
小 中 高		ふりがな						性別		生年月日(西暦)			
学年	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			
生徒のメール アドレス					中・高等部の担任・生徒間のコミュニケーションに使用								
現地校名					County:		電話:						
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												
児童生徒の在米期間	年 月から		その他の外国経験										
エピペンの用意	<ul style="list-style-type: none"> ● 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。 ● アナフィラクシーショックは明確にご記載ください。 <p>あり なし</p> <p>※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。</p>												
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						
上記内容は事実に相違ありません。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 年 組	◎学校、学級から連絡及び校内公開可能なメールアドレスをご記載ください。 ※児童生徒氏名 : _____ ※E-mail Address : _____

※ 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 6TH 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 学年 _____

GENDER: female

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

住所

ADDRESS: _____ PHONE: _____

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.