

2023年度

児童・生徒調査票

本校入学年月日	年 月 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	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
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	
エビペンの用意	● 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。		
	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、下にご記入ください。			
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、学級から連絡及び校内公開可能なメールアドレスをご記載ください。		
年 組	※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

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.