

緊 急 連 絡 票

ふりがな 児童氏名			クラブ名	児童クラブ		
			生年月日	H・R 年 月 日生 (歳)		
			男	血液型	型 (RH + -)	
			女	平 熱	℃ 優先順位	
緊急連絡先 ※送迎の可能性があるので 全員記入してください	保 護 者	自宅の電話番号		☎		
		ふりがな 氏名		職場名	(☎)	
		続柄	父・母・ ()	携帯電話		
		ふりがな 氏名		職場名	(☎)	
		続柄	父・母・ ()	携帯電話		
	そ の 他 連 絡 先			続柄	電 話 番 号	
		ふりがな 氏名			☎ 自宅	
					携帯電話	
		ふりがな 氏名			☎ 自宅	
					携帯電話	
		ふりがな 氏名			☎ 自宅	
					携帯電話	
		ふりがな 氏名			☎ 自宅	
携帯電話						

応急手当を要する場合の医療機関

1. 一任する。		
2. 下記の医療機関を希望する。		
内 科		☎
外 科		☎
その他		☎

既往症・アレルギーなど

現在治療中の疾病等	無 ・ 有 ()
	医療機関名 ()
過去の既往歴 (熱性けいれん・中耳炎・脱臼など)	
食物アレルギー	無 ・ 有 ()

※詳細は裏面に記入してください

その他 ※児童クラブの利用に際して配慮が必要な事情等がありましたら記入してください

自宅周辺の地図

※必ず手書きで記入してください。貼り付け不可！