

様式 1

連 絡 票

提出年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

児童氏名 _____ 学校名 _____ 学年 _____

緊急連絡先

順 番	連 絡 先	電 話 番 号
	自宅	
	父 携帯電話	
	父 勤務先	
	母 携帯電話	
	母 勤務先	
	その他（児童との関係） 氏名	

- * 学童保育所より緊急に連絡したい場合、確実に連絡がとれるように連絡先を記入して下さい。提供された電話番号は、学童保育所から家庭への連絡のみに使用します。
- * 確実に連絡のとれる順に番号を記入して下さい。

かかりつけの病院

病 院 名	病 院 の 住 所	電 話 番 号	備 考

- * 学童保育生活のなかで具合が悪くなった児童・けがをした児童に対し、迅速に対応するために「かかりつけの病院」の情報を提供して下さい。提供された情報は、児童の具合が悪い場合等のみに使用します。