

児童生徒氏名 _____

学校への連絡事項

健康状況・緊急時の連絡について	○お子様に、慢性疾患やアレルギー等がありましたらご記入ください。	
	○薬を常時服用されていたら、薬の名前、頻度、1回の量をご記入ください。	
	〈薬の名前〉 _____	〈薬の名前〉 _____
	〈頻度〉 _____	〈頻度〉 _____
	〈1回の量〉 _____	〈1回の量〉 _____
○お子様の健康に関する非常時に連絡するかかりつけの医師がいらっしゃいましたらご記入ください。		
〈医師名〉 _____	〈TEL〉 ()- -	
_____ Street	City _____ State _____ Zip code ()	
〈住所〉 _____	_____	
○救急病院の場合は病院名をご記入ください。 _____ 〈病院名〉 _____		

※緊急処置・緊急治療につきましては、別紙「EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION(緊急治療同意書)」をご提出いただきます。

通学方法について	() スクールバス	Aライン	Bライン	() 自家用車
		() ウェストニューヨーク	() クレスキル	
		() エッジウォーター	() オラデル	
		() フォートリー	() パラマス	

※ 前年度の内容から修正・変更・追加等があれば朱書きしてください。

特記事項(上記以外に必要な事項がありましたらご記入下さい。)