

緊急連絡票

| | | | | |
|--------------|-------------|----|----------------|------------------------|
| ふりがな 児童名 | | 男女 | 生年 月日 | 令和 年 月 日 (歳) |
| 血液型 | 型 (RH + -) | 平熱 | | ℃ |
| 入会児童 クラブ名 | 児童クラブ | | 在籍(予定) 小学校名 | 小学校 年 (令和7年4月時点の学年) |
| 住所 | 四国中央市 | | | |

緊急時等の連絡等

| | | | | |
|-------|------------|-------------|------|-------------|
| 第1連絡先 | 住所 (所在地) | | | |
| | ふりがな 氏名 | | | 児童との続柄 |
| | 勤務先名等 | | | |
| | 勤務先等電話 | 優先順位 () | 携帯電話 | 優先順位 () |
| 第2連絡先 | 住所 (所在地) | | | |
| | ふりがな 氏名 | | | 児童との続柄 |
| | 勤務先名等 | | | |
| | 勤務先等電話 | 優先順位 () | 携帯電話 | 優先順位 () |
| 第3連絡先 | 住所 (所在地) | | | |
| | ふりがな 氏名 | | | 児童との続柄 |
| | 勤務先名等 | | | |
| | 勤務先等電話 | 優先順位 () | 携帯電話 | 優先順位 () |

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 | | 電話 | |
| 外科 | | 電話 | |
| その他 | | 電話 | |

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() |
| 食物アレルギー | 無・有() |
| そのほか、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。 | |