㊙　　家　庭　環　境　調　査　票（２～６年用）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　潟上市立大豊小学校

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童 | ふ り が な |  | 平成　　年　　月　　日生 |
| 氏　　　　名 |  | 性別　　男　　女 |
| 〒・町内名現　 住 　所 | 〒（　　　　　　）　　　　　　 町内名［ 　　　　　　　　　　 ］潟上市 |
| 自 　宅　  |  |
| 保護者 | 保護者携帯保護者勤務先勤　務　先 | 父 |  | 母 |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族構成 | 氏　　　名 | 続柄 | 生　年　月　日 | 勤務先　学校名・学年 |
|  | 本人 |  Ｈ　　年　　月　　日 | 大豊小学校　　年　　組 |
|  |  |  　　　年　　月　　日 |  |
|  |  |  　　　年　　月　　日 |  |
|  |  |  　　　年　　月　　日 |  |
|  |  |  　　　年　　月　　日 |  |
|  |  |  　　　年　　月　　日 |  |
|  |  |  　　　年　　月　　日 |  |
|  |  |  　　　年　　月　　日 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 優先順 | 緊急連絡先順緊急時引き渡し依頼者氏名 | 保護者との関係 祖父母・おじ・同町内知人 | 連絡先（電話番号） |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

　 ※ 学校に児童がいる際の地震等の緊急時は、児童の安全確保のため学校から保護者の方に直接

　　お引き渡しします。学校に迎えに来ることができない場合でも、「緊急時児童引き渡し依頼者」

　　として届けていただくことで、保護者の代わりにお引き渡しします。

児童氏名［ 　　　　　　　　 ］　　　　　　　　　　　　　　　　　潟上市立大豊小学校

|  |
| --- |
| 食物アレルギーが原因と思われるアレルギー症状を起こしたことがありますか。（いずれかに○）食物アレルギーがある人は、原因となる食物を記入してください。［ 条件：医師により食物アレルギーと診断され、食品の除去を指示されている ］ |
| （　あ　る　）（　な　い　） | 食物名 |
| 学校生活をする上で配慮してほしい事柄（健康や身体的なこと、性格や行動的なこと） |
|  |
|  |
| 入団している、または今後入団する予定のスポーツ少年団等 　　　　平成　　　年　　　月から（　　年生時） |
| 自宅付近の略図 |  |
| 緊急時訪問のときにわかるように目印になるものを書いてください。 |

学年・学級電話連絡網に記載してよい連絡先

|  |  |
| --- | --- |
|  | ※該当するものにまるをしてください　自宅　 母携帯　　父携帯 |

登校班に知らせてもよい連絡先（上記と異なる場合のみ記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
|  | ※該当するものにまるをしてください　自宅　 母携帯　　父携帯 |

個人情報の掲載について

学校報や学年通信、大豊小学校ホームページ及び、広報「かたがみ」、新聞等への掲載を承諾しますか。承諾する事柄に「レ」を入れて下さい。

 　 ○写真（行事や学習中の様子など） 　□承諾する □承諾しない

○作品（絵や作文など） 　 □承諾する □承諾しない

○映像 　 □承諾する □承諾しない