**緊 急 時 連 絡 票**

学校での、急病、事故等に際し、保護者の方へ連絡するものです。

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　組　　号　名前 | 生年月日平成　　　年　　　月　　　日 |
| 自　宅 | 住　所　白石町大字 | 自宅電話 |
| 勤務先 | 父 | 名前 | （勤務先名）　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　携帯 |
| 母 | 名前 | （勤務先名）　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　携帯 |
| 緊急連絡先 | 第１ | 名前 | （続柄）　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　携帯 |
| 第２ | 名前 | （続柄）　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　携帯 |
| 第３ | 名前 | （続柄）　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　携帯 |
| かかりつけの医院 | 内科 | 外科 |
| 整形外科 | 歯科 |
| 保険証の種類 | 　　国民健康保険　　・　　社会保険　　・　　その他 |
| 血液型 |  | アレルギー等 |  |
| 中学校に通う兄弟姉妹　（　　）年　　氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊保護者の方と連絡がつかない場合は、学校の判断で校医の先生の病院、町内のかかりつけの病院へ

搬送します。

＊よろしければ、携帯番号もご記入ください。

＊取得した個人情報は、学校の目的以外には使用しません。また、学校で責任を持って保管し使用後は処分します。