

## 緊急連絡票〔印南町学童クラブ〕

**【基本情報】** (児童1名につき1枚)

利用児童	氏名 (ふりがな )		学校名 (学年) ※利用開始現在 印南町立 小学校 (第 学年)	
	生年月日		血液型	性別
	平成 年 月 日生		型 [ Rh(+) ・ Rh(-) ]	男 ・ 女
保護者	氏名 (ふりがな )		住 所 (〒 - ) 印南町大字	

**【緊急連絡先】** (優先する連絡先から記入してください)

	氏名	電話番号	続柄	勤務先	勤務先電話番号
1					
2					
3					
4					

**【かかりつけ医】**

	病院名：医師	電話番号	所在地等
内科			
外科			
歯科			
眼科			

**【基礎疾患やアレルギー等】**

(※町記入欄)



教育長	課長	副課長	担当・係	学童クラブ