**令和６年度　児童調査票**市川市立鬼高小学校

※児童氏名・保護者記入欄には、戸籍と同じ文字・楷書でご記入下さい。２部提出（コピー可）

|  |
| --- |
| 年　　　　　組　　　　　番 |
| ふりがな児童氏名 |  | 男・女 | 平成　　年　　　月　　　日生 |
| ふりがな保護者氏名 |  | 児童との関係　　　 |
| 現住所 | 市川市 | 電話（自宅） |
| **緊急時に学校から連絡を受ける電話番号**　　TEL①　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　）②　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　） |
| 　家族構成（きょうだいも記入） | 氏名 | 続柄 | 勤務先（パート含む）きょうだい関係は、**本校在学児童は年組を**記入、未就学児は**幼稚園・保育園名**も記入 | 電話番号 |
|  |  | 勤務先 | 勤務先電話 |
| 携帯 |
|  |  | 勤務先 | 勤務先電話 |
| 携帯 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 緊急時の近所・親戚の方への連絡先 | 氏名　　　　　　　　　（続柄） | 自宅・勤務先TEL |
| ※入学前の経歴を１年生のみ記入してください。 |
| □　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）保育園・幼稚園・こども園在園期間　　　平成・令和　　　年　　月　　～　　　　平成・令和　　年　　月まで |
| * 行っていない
 |

★かかりつけの医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 内科：TEL | 眼科：TEL |
| 外科（整形）：TEL | 耳鼻科：TEL |
| 歯科：TEL | その他TEL |

★アレルギーなど

|  |  |
| --- | --- |
| 薬物アレルギー | ※慢性疾患の有無（有・無）　有の場合は病名：（　　　　　　　　　　　　　）※血液型　　　　型※健康のことで留意すべき点　　なし |
| 食物アレルギー |

|  |
| --- |
| 学校から家までの略図（自宅から学校までの経路を赤で入れてください） |
| 自宅付近の拡大図 |
| **家庭での教育**（しつけの方針・力を入れていること等） | **その他**担任に知らせた方がよいこと |
|  |  |

「写真等の掲載」について

**１**　**写真等について、学校だより、学校ホームページ等での掲載を承諾します。**

※「はい」「いいえ」のどちらかを○で囲んでください。　　**・はい　　　・いいえ**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（「はい」の方は終了です。）

■１で「いいえ」の方は、以下の２～４の該当する番号に○で囲んでご回答ください。

**２**　**学校ホームページに、写真を掲載しないようにしてください。**

**３**　**全校の保護者へのお便り等の印刷物に、（　写真・氏名　）を掲載しないようにしてください。**

**４**　**学級内の保護者へのお便り等の印刷物に、（　写真・氏名　）を掲載しないようにしてください。**

※（　写真・氏名　）についても○をつけてください。

※氏名は、児童の作品や意見を紹介するときなどに掲載することがあります。学校ホームページには

氏名を掲載しません。

※この児童調査票は１年間の使用いたします。個人情報保護のため、保管は厳重に行い目的外の利用はいたしません。不要となった場合には、速やかに処分いたします。