|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **児童個票** | | | | | 令和　年４月調査 | | | | | | 児童  氏名 |  | |  |
| 児童 | ふりがな | |  | | | | 性別 | 現住所 | |  | | | | 学級名 |
| 氏名 | |  | | | | 年 |
| 組 |
| 生年  月日 | | 平成　　年　　月　　日生 | | | |
| 保護者 | ふりがな | |  | | | | | 勤務先 | |  | | | |
| 氏名 | |  | | | | |
| 家族（本人を含む） | 氏　　　　名 | | | 続柄 | 備　考 | | ※在学中の兄弟姉妹の学年・組 | | | | | | 登校中家にいる人に○ |
|  | | |  |  | | | | | | | |  |  |
|  | | |  |  | | | | | | | |  |  |
|  | | |  |  | | | | | | | |  |  |
|  | | |  |  | | | | | | | |  |  |
|  | | |  |  | | | | | | | |  |  |
|  | | |  |  | | | | | | | |  |  |
|  | | |  |  | | | | | | | |  |  |
|  |
| 緊急時に  おける連絡先 | ◎優先順にご記入ください  ①　　　　　　　　　　（児童との続柄：　　　　）☎  ②　　　　　　　　　　（児童との続柄：　　　　）☎  ③　　　　　　　　　　（児童との続柄：　　　　）☎  ④　　　　　　　　　　（児童との続柄：　　　　）☎  ② | | | | | | | | | | | | |  |
| かかりつけ  医療機関名 | 整形  外科 | ☎ | | | | 眼科 | | | ☎ | | | | |
| 内科 | ☎ | | | | 歯科 | | | ☎ | | | | |
| 学校に知っておいて  もらいたいこと | （例えば、既住症、友人関係、性格、学習など） | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **児童個票**  記入例 | | | | | 令和　年４月調査 | | | | | | 児童  氏名 | ○○　○○ | |  |
| 児童 | ふりがな | | ○○　○○○ | | | | 性別　　○ | 現住所 | | 昭和区○○町○丁目○－○  コーポ滝川○○○号室 | | | | 学級名 |
| 氏名 | | ○○　○○ | | | | ○年 |
| ○組 |
| 生年  月日 | | 平成○○年　○月　○日生 | | | |
| 保護者 | ふりがな | | ○○　○○○ | | | | | 勤務先 | | ○○　○○ | | | |
| 氏名 | | ○○　○○ | | | | |
| 家族（本人を含む） | 氏　　　　名 | | | 続柄 | 備　考 | | ※在学中の兄弟姉妹の学年・組 | | | | | | 登校中家にいる人に○ |
| ○○　○○ | | | 父 |  | | | | | | | |  |  |
| ○○　○○ | | | 母 |  | | | | | | | | ○ |  |
| ○○　○○ | | | 兄 | 川名中　３年 | | | | | | | |  |  |
| ○○　○○ | | | 本人 |  | | | | | | | |  |  |
| ○○　○○ | | | 妹 | ２年○組 | | | | | | | |  |  |
| ○○　○○ | | | 祖父 |  | | | | | | | | ○ |  |
|  | | |  |  | | | | | | | |  |  |
|  |
| 緊急時に  おける連絡先 | ◎優先順にご記入ください  ①　　○○　○○　　　　（児童との続柄：　母　　）☎ ０９０―○○○○―○○○○  ②　　○○　○○　　　　（児童との続柄：　父　　）☎ ０５２―○○○―○○○○  ③　　　　　　　　　　（児童との続柄：　　　　）☎  ④　　　　　　　　　　（児童との続柄：　　　　）☎  ② | | | | | | | | | | | | |  |
| かかりつけ  医療機関名 | 整形  外科 | ○○整形外科  　　☎　０５２―○○○―○○○○ | | | | 眼科 | | | ○○眼科  　　☎　０５２―○○○―○○○○  　　☎ | | | | |
| 内科 | ○○内科  　　☎　０５２―○○○―○○○○  　　☎ | | | | 歯科 | | | ○○歯科  　　☎　０５２―○○○―○○○○  　　☎ | | | | |
| 学校に知っておいて  もらいたいこと | （例えば、既住症、友人関係、性格、学習など） | | | | | | | | | | | | |  |