家　庭　調　査　票

　　年　　組

令和６年４月１日現在

令和６年度

西目小学校

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | 生年月日 | | 平成　　　年　　　月　　　日生 | | |
| 児童氏名 | |  | | |
| ふりがな | |  | | | 児童との関係  例：父(長男) | | | （　　） | |
| 保護者名 | |  | | |
| 現 住 所  (番地まで) | | 〒018-  由利本荘市西目町 | | | | | | | |
| 電 話  (自宅) | |  | | | 町 内 会  (子供会) | |  | | |
| 緊急時の  連 絡 先  ※緊急時、  １から  連絡を  　取ります | | 優先順 | 電 話 番 号 | | | 備　　　考 | | | |
| 1 |  | | |  | | | |
| 2 |  | | |  | | | |
| 3 |  | | |  | | | |
| 4 |  | | |  | | | |
| 5 |  | | |  | | | |
| 家 族 構 成（本 人 は 除 く） |  | | | 年齢 | 続柄 | 勤務先・学校(年組)等 | | | 備考(遠隔地・入院中等) |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  | | |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  | | |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  | | |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  | | |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  | | |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  | | |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  | | |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  | | |  |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |  |  |  | | |  |

子どもが帰宅したとき、主に家にいる方に○印をつけてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 担任に知っておいてもらいたいことをご記入ください。  （家庭事情・性格・身体的なこと・心配なこと・特技等） | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 学校のホームページや通信等で写真を使用することを | | | 同意します　・　同意しません | | | 血液型 | | 型 |
| アレルギー体質 | | 有・無 | | 種類：アトピー ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 結膜炎 ・その他（　　　　） | | | | |
| 食物アレルギー | | 有・無 | | 食品名（　　　　　　）　給食で自己管理が（できる・できない） | | | | |
| 希望する  緊急医療機関名 | | 内科：　　　　　　　外科：　　　　　　　歯科：　　　　　　　特にない | | | | | | |
| 塾・習い事  （曜日） |  | | | | スポーツ少 年 団 | |  | |
| 自宅付近の略図 ･･････  ※集団登校の集合場所を◎でご記入ください（通学路把握のため）。  初めての担任でも訪問できるよう、付近の目立つ建物・目印になるもの・道路等をご記入ください。 | | | | | | | | |