

(様式6) 保護者 → 砺波市教育支援センターへご提出をお願いします

砺波市教育支援センター「ひよどり」児童生徒個人票

令和 年 月 日現在

児童生徒	ふりがな 氏名 平成 年 月 日生	保護者	ふりがな 氏名	続柄
	(住所) 砺波市 TEL () -		(住所) ※児童生徒と異なる場合のみ記入 TEL () -	
家族構成	氏名	続柄	年齢	勤務先または学校名 (学年)
	本人			砺波市立 学校 (年 組)
	保護者			
緊急連絡先	だれに? 家族氏名 (続柄)	どこに? 連絡先 (自宅または事業所名、保護者携帯など)		
	第一	()	連絡先名 TEL (携帯可) - -	
	第二	()	連絡先名 TEL (携帯可) - -	
緊急時の指定病院	(内科)	(眼科)		
注1) 参照	(外科)	(歯科)		
健康上配慮すること	食物アレルギーはありますか? (ある方は、食品名も書いてください)	既往症や毎日飲んでいる薬はありますか?		

注1) 緊急時の指定病院について 記載がない場合は、原則として市立砺波総合病院を受診します

記入いただいた個人情報については、厳正に管理・保護します。
また、通所が終了すれば廃棄処分します。