

幼児・児童・生徒 連絡票

(西暦)

年

月記入

コロンバス日本語補習校

| | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------|------|
| 平成 | 年度 | (幼・小・中・高) | 年 | 組 |
| 氏名 | (フリガナ) | 性別 | 生年月日 | |
| | | 男女 | (西暦) | 年月日生 |
| ◎保護者から見た、お子様の様子(担任・学校に知っておいてほしいこと) 「性格・気質等の特徴」 「日本の学校での適応状況」 | | | | |
| 現在通っている 現地校名 及び学年 | | 20 年4月～8月 (学校名) | 第()学年 在学・予定 | |
| | | 20 年9月～ 20 年 3月 (学校名) | 第()学年 在学・予定 | |
| ESL通級(Yes/No) | | [Yes / No] | | |
| 課外活動等 (所属しているクラブ名等) | | | | |
| 現地校での 適応状況 | 【生活面】 記入例： ・言葉の壁があって、友達 ができない。 ・毎日楽しく登校している。 | | | |
| | 【学習面】 記入例： ・宿題が多く大変である。 ・言葉も問題なく、学習面でも心 配ない。 | | | |
| その他 | 補習校へのご意見、ご 要望等がありましたらお 知らせください。 | | | |
| ◎疾患や体質(記載内容は教職員および理事会で共有します。) | | | | |
| この欄に記入された内容は、必ず「EMERGENCY INFORMATION(緊急時に備えて)」(緊急時に医師や救急隊に提示する為の用紙)にも 詳しく記入してください。緊急時にエピペンやインヘイラーの使用が必要な場合は、所定の手続きが必要になります。 例：食物アレルギーでアナフィラキシーショックの可能性有り。喘息発作が深刻化しやすい。糖尿病で低血糖の可能性有り。 癲癇発作の可能性有り。 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 生命に関わる深刻なアレルギー () <input type="checkbox"/> 補習校で市販または処方医薬品(エピペン・吸入器などを含む)を携帯する必要がある。 <input type="checkbox"/> その他補習校で特別な対応が必要な体質や疾患 () | | | | |
| コロンバス日本語補習校には、幼児・児童・生徒の医療に関する補助義務は一切なく、教職員を含む関係者は医療トレーニングを受けておりません。補習校生活における、お子さんの医療補助・医薬品持ち込み等に関する直接的・間接的な一切の責任は保護者にあります。 | | | | |