

# 家 庭 報 告 書

(西暦) 年 月 日 記入

平成 年度 ( 幼 小 中 高 ) 年 組 コロンバス日本語補習校

幼 児 児 童 生 徒	フリガナ		男 女	生年月日	平成 年 月 日	
	氏 名			(西暦)	生まれ	
	現住所	Address	帰国予定 年頃/ 未定			
		City OH Zip	自宅 ( ) - ** 固定電話がない場合に、自宅電話として使用する番号・・・ 父親携帯 母親携帯			

保 護 者  (父)	フリガナ		勤務先名:		
	氏 名		会社 ( )	-	
	勤務先所在地		携帯 ( )	-	

保 護 者  (母)	フリガナ		勤務先名:		
	氏 名		会社 ( )	-	
	勤務先所在地		携帯 ( )	-	

兄 弟 構 成	氏 名	続柄	本校での学年・組	両親について	本校編入学日	
				-	教職経験 父 ( 有 無 ) 母 ( 有 無 )	年 月 日
				-	教員免許 父 ( 有 無 ) 母 ( 有 無 )	本人の海外滞在経験 年 ヶ月
				-	趣味特技 (日本文化面で) 父 ( ) 母 ( )	来コロンバス 年 月 日
				-		コロンバスに来る前 の海外滞在地
				-		

日本の学校での在籍経験( Yes No ・Yesの場合、以下を記入してください)

日本では(西暦) 年 月 日まで、[ 小 中 高 年生 ] に在籍していました

[ ] 都道府県 [ ] 市町村立 [ ] 学校

疾患や体質(記載内容は教職員および理事会で共有することがあります。あらかじめご了承ください。)

**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。

生命に関わる深刻なアレルギー ( )

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。

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。

名前 ( )

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」 例: 他人に優しくできる, のんびり屋 「日本の学校での適応状況」 例: 集団の中に入っていけなかった, いじめにあった	
現在通っている 現地校名 及び学年	20 年4月~8月 第 ( ) 学年 在学 予定
	20 年9月~ 20 年 3月 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。

以上の情報は、幼児・児童・生徒の理解を深め、円滑な学校生活を築き上げるためにのみ活用させていただきます。もちろん補習校外部へは一切、個人情報がもれないように扱わせていただきます。

ペンまたはボールペンを使用し、楷書で丁寧にご記入ください。

変更が生じた場合は、できるだけ早く事務所まで連絡ください。  
 (緊急の連絡が遅れてしまうことがあります。)