

家庭環境調査票

ブラッセル日本人学校

令和 年 月 日

児童生徒	ローマ字 漢字 氏名	男 女	西暦( )年 平成 年 月 日生	顔写真 貼付	
	現住所	電話 ( )			
	本籍地	( ) 都道府県	出生地 ( ) 都道府県		
	本校入学前の経歴	平成・令和 年 月 日～令和 年 月 日 〔学校名 保育園, 幼稚園, 小学校, 中学校 (使用言語 )〕			

家族	ローマ字 漢字 氏名	続柄	勤務先 (電話番号) 在籍校	メールアドレス
保護者				日本人学校 年 組
				兄弟姉妹の 年齢及び生年月日
兄弟姉妹				歳 (H 年 月 日生)
				歳 (H 年 月 日生)
				歳 (H 年 月 日生)

緊急連絡先

お母さんの携帯電話 \_\_\_\_\_

お父さんの携帯電話 \_\_\_\_\_

お父さんの携帯電話を記載しても良い場合は□に○をつけてください。

※緊急連絡網には、家庭の電話と携帯電話の番号を記載させていただきます。

<b>Renseignements sur la sante</b> 健康調査		<b>4 予防接種について Vaccins</b>		
1 過去における特記すべき病気 手術等 (年齢)		予防接種名	有無	受けた年 (最終)
2 現在の健康状態 アレルギーの有無 常用薬など		<b>Difterie</b> ジフテリア	<b>oui non</b> 有 無	年
		<b>Coqueluche</b> 百日ぜき	<b>oui non</b> 有 無	年
3 ホームドクター名		<b>Tetanos</b> 破傷風	<b>oui non</b> 有 無	年
		<b>Poliomyelite</b> 小児麻痺	<b>oui non</b> 有 無	年
4 ケガで保険使用后、自己負担が ( 生じる ・ 生じない )		<b>Mazelen</b> 麻疹 (はしか)	<b>oui non</b> 有 無	年
		<b>Rubella</b> 風しん	<b>oui non</b> 有 無	年