

※記載事項は、「個人情報」として厳重に管理し、補習校の教育活動にのみ適正に取り扱います。

ブラッセル日本人学校補習校
家庭環境調査票

西暦 年 月 日 編入・入学 (在籍予定 西暦 年 月 日頃まで)
記入日：西暦 年 月 日

児童生徒名 (ローマ字) (漢字)	男 平成 年 月 日生 女 (西暦 年生)
現住所 _____	自宅電話番号 () メールアドレス 緊急時電話番号(携帯電話) 父 () 母 ()
通学方法()通学時間()	

【家族について】

保護者名	続柄	勤務先 (正式名)	勤務先電話番号
ローマ字 漢字			
ローマ字 漢字			
姉妹兄弟名 (生まれ年月)	続柄	通学校名 (学 年)	補習校学年
名前 (西暦 年 月 生まれ)		()	
名前 (西暦 年 月 生まれ)		()	
名前 (西暦 年 月 生まれ)		()	

【本人の平常の通学校について】

学校名 (アルファベットで記入)
学校には言葉が分からない外国人のための特別クラスがありますか。 ① ある ② ない
あなたの学校、あるいはあなたのセクションは何語系ですか。(1つ) ① 英米語系 ② フランス語系 ③ オランダ語系 ④ ドイツ語系
授業で、学習する言語にはどんなものがありますか。 ① 英米語 ② フランス語 ③ オランダ語 ④ ドイツ語 ⑤ スペイン語 ⑥ イタリア語 ⑦ 日本語 ⑧ その他 (語)

・・・裏面もご記入ください・・・

出生地はどこですか。 国名： _____ 都市名： _____	
日本での生活年数： _____ 年 _____ ヶ月 1、(_____) 歳から (_____) 歳まで 2、(_____) 歳から (_____) 歳まで (編入の時) 編入前に日本で在籍していた学校名 _____	ベルギーでの生活年数： _____ 年 _____ ヶ月
上記2カ国以外での生活経験 (滞在期間1年以上)	
国名 _____ 歳から _____ 歳まで	
国名 _____ 歳から _____ 歳まで	

児童生徒氏名

【健康について】

現在の健康状態	アレルギー (ALERGIE) の 有 無
過去においての特記すべき病気・手術・けがなど	
ホームドクター 氏名	電話番号 (_____)
ベルギーの保険証番号	保険会社名
予防接種の有無 ジフテリア(DIPHTERIE) : 有 無 百日咳(COQUELUCHE) : 有 無	破傷風(TETANOS) : 有 無 小児麻痺(POLIOMYELITE) : 有 無

緊急連絡先 (現住所欄に記入された緊急時連絡先以外でありましたら、ご記入下さい。)	
氏名 _____	電話番号 (_____)
(続柄)	

家庭の教育方針

--

ブラッセル日本人学校補習校への期待や願い

--