記入例

家　庭　連　絡　票　（兼：緊急時児童引渡カード）

令和５年度　１年　２組　　番

1年生は出席番号は記入不要です。2年生以上は書きます。

仙台市立袋原小学校

児童	ふりがな	ふくろばら　つぎこ	保護者	ふりがな	ふくろばら　いちたろう	緊急時の連絡先（保護者又はそれに変わる方）
	氏　名	袋原　次子　男・(女)		氏　名	袋原　一太郎	・氏名（袋原　花子
	平成２８年４月１６日生			自宅TEL	１２３－４５６７	・児童との関係（母）
	現住所	太白区東中田３丁目２６－８７		携帯TEL	０９０－１２３４－５６７８	・勤務先（〇〇〇医院）
				勤務先	株式会社〇〇〇〇	・勤務TEL　２３４－５６７８
	地区名	袋原西　地区　２　班		勤務TEL	９８７－６５４３	・携帯TEL ０８０－９８７６－５４３２

家族の状況			学校から帰ったとき
氏　名（難しい名にはふりがなを）	続　柄（児童から見た続柄）	勤務先又は在学学校名・学年（本校在籍児童は学年・学級を記入）	1　誰もいない 2　父・母・(祖父)・祖母・その他 3　児童館 4　他地区（　　）へ下校 氏名（　　） 児童との関係（　　） 電話
袋原　一太郎	父	株式会社〇〇〇〇	
花子	母	〇〇〇医院	
一郎	兄	袋原中学校　２年	
次郎	兄	袋原小学校　５年３組	
三子	妹	袋原幼稚園　年長組	
中田（なかた）　稼頭央（かずお）	祖父		連絡児童
			6年　1組（■■　■■■）
			2年　4組（▲▲▲　▲▲）

児童の健康について			
	アレルギー	無　・　(有)　（種類　食物アレルギー　）	
	健康上のことで連絡しておきたいこと（治療中の病気，健康状態等を具体的に記入してください）	小麦粉や大豆を食べると，まれに発疹が出ることがありますが，普段は特に食事制限はしていません。給食で何か症状が出たら連絡をお願いします。喘息があるので，激しい運動はできるだけ控えさせてください。水泳は可能です。	
	かかりつけの医院	内科（尾形小児科　）TEL２４２－６８８１	外科（谷整形外科　）TEL２４２－３３２２
		眼科（特になし　）TEL	歯科（宮田歯科　）TEL３０６－６７８８
		耳鼻科（特になし　）TEL	その他（　　）TEL
	保険の種類	国民健康保険　・　(社会保険)　・　その他（　　）	

緊急時の引受人

（災害や事件発生等の際，学校に迎えに来る人：保護者以外の方も含む）

引受人はお子様が誰であるか確認できる方を必ず５名記入してください。

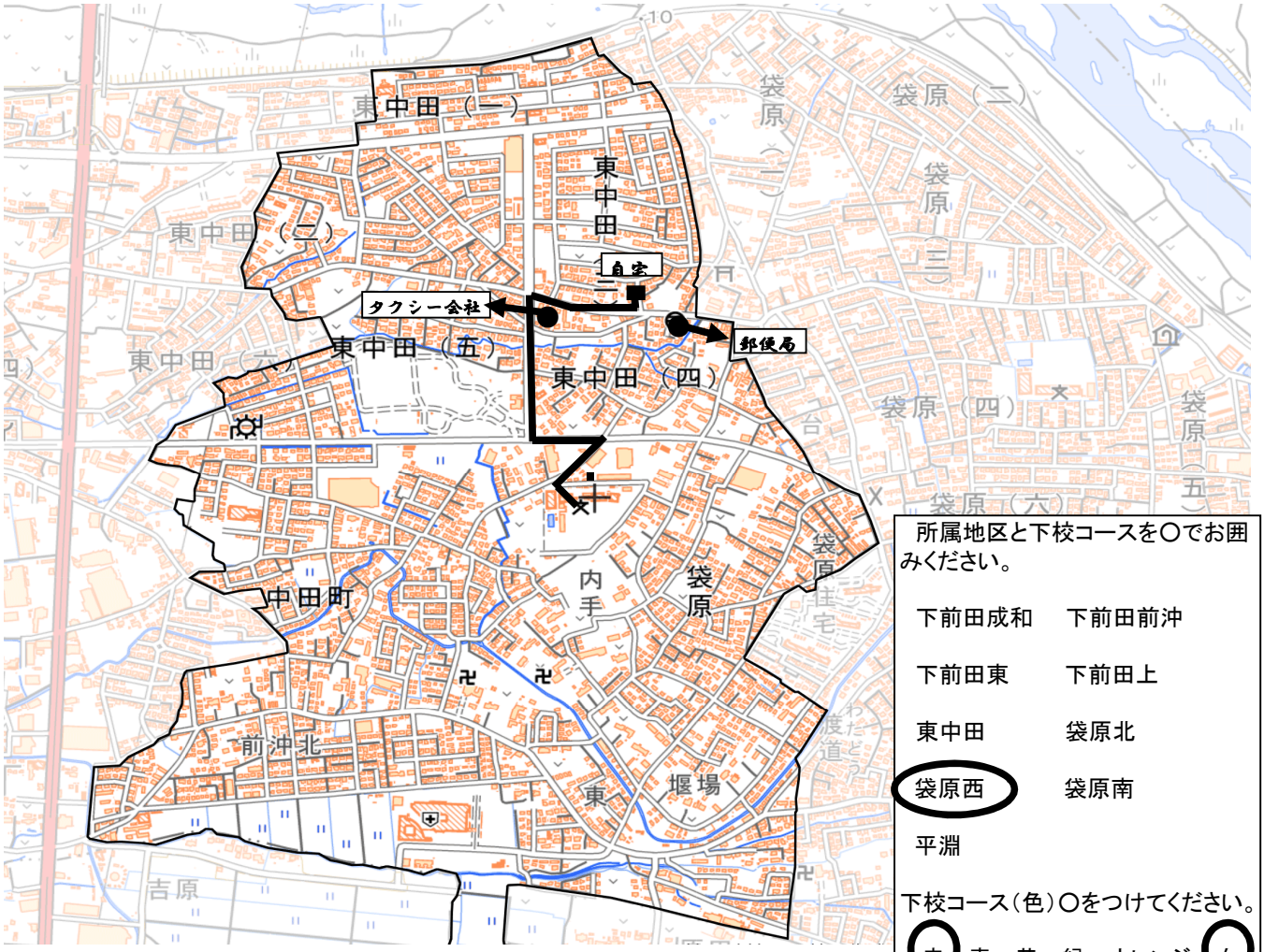
		ふりがな 引受人の氏名	緊急時の電話番号	児童との関係	引渡確認欄				備考
優先順位	1	袋原（ふくろばら）　花子（はなこ）	０８０－９８７６－５４３２	母					
	2	袋原（ふくろばら）　一太郎（いちたろう）	０９０－１２３４－５６７８	父					
	3	中田（なかた）　稼頭央（かずお）	１２３－４５６７	祖父					
	4	佐々木（ささき）　三丘（みつお）	０９０－２２３３－４４５５	伯父					
	5	斎藤（さいとう）　洋海（ひろみ）	０７０－６６７７－８８９９	友達の母 3-1斎藤有紀					

※太線内は記入不要です。

児童氏名（　袋原　次子　）

お子様について（長所・短所）	長所	生き物の世話が好きで，気持ちが優しい。はっきりとあいさつができる。
	短所	集中力が無く，１つのことに長く取り組めない。
習い事等	育成会等（バスケ　），スイミング，ピアノ　学習塾，そろばん，英語，習字，その他（　）	
	習い事がある曜日･時間（バスケ(月・水)16:00-19:00　ピアノ(土)10:00-11:00	
入学前の幼稚園・保育所・保育園・認定こども園など	（　袋原　）幼稚園・保育所・保育園・こども園に（西暦）2020年4月1日～2023年3月31日(在籍)	

【自宅から学校までの目印となるものを書き入れて，通学経路を朱書きしてください。】



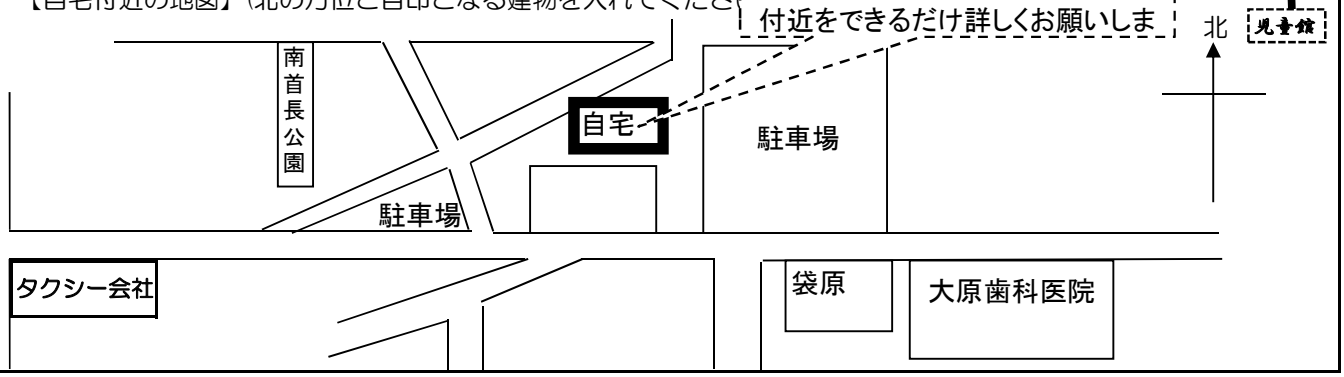
所属地区と下校コースを〇でお囲みください。

下前田成和	下前田前沖
下前田東	下前田上
東中田	袋原北
袋原西	袋原南
平淵	

下校コース（色）〇をつけてください。

赤　青　黄　緑　オレンジ　白

【自宅付近の地図】（北の方位と目印となる建物を入れてください）



本連絡票は学校および地区における緊急時の連絡や，生活･学習･進路に関する指導，教育相談にのみ使用し，それ以外の目的で使用することはありません。また，本票は職員室で厳重に管理します。