Written Agreement

園児・児童・生徒名（ここは日本語で）

Concerning emergency medical care

Chicago Futabakai Japanese School

2550 N, Arlington Heights Road,
Arlington Heights, IL 60004
Tel (847)590-5700 Fax (847)590-9759

部　　年　　組

担任名

STUDENT'S NAM　　DATE OF BIRTH

PARENT/GUARDIAN

ADDRESS

HOME PHONE (　　)　　OFFICE PHONE (　　)

CELL PHONE-1 (　　)　　RELATIONSHIP

CELL PHONE-2 (　　)　　RELATIONSHIP

SECOND CONTACT

NAME

ADDRESS

HOME PHONE (　　)　　CELL PHONE (　　)

TRANSPORTATION

If transportation is needed for my child in case of illness or injury, I agree that he/she may be transported in a privately owned car or in a commercial vehicle.

PHYSICIAN

If, in the judgement of the school authorities, a physician is needed and I cannot be contacted, the school is directed to call:

DR NAME　　PHONE (　　)

ADDRESS

HOSPITAL CALL

In case hospitalization is needed, you may trasport my ill or injured child to a local hospital. I grant permisson for him/her to be transported by the local ambulance, a privately owned car, or in a commercial vehicle.

I ASK THE SCHOOL AUTHORITIES TO USE THEIR JUDGMENT AND DISCRETION IN CASE OF AN EMERGENCY.

PARENT'S/GUARDIAN'S SIGNATU　　DATE

健　康　カード

シカゴ双葉会日本語学校

小学部・中学部　　年　　組　　番　　CHICAGO FUTABAKAI JAPANESE SCHOOL

本人氏名		生年月日	（平成　　）　　年　　月　　日
保護者氏名		本人との関係	
住　所	ZIP CODE		
電　話	自宅　　－　　－	携帯（続柄）（　　）　　－　　－	携帯（続柄）（　　）　　－　　－
健康保険会社名・グループ番号・ID番号	Insurance Company: Group Number:　　Member ID:		
被保険者名 Subscriber			

バスルート・ストップ　　－

	氏　名	続柄	生年月日	職業（勤務先名・電話番号等）・在学校名	本校在校の学年組
家族状況			／　／ 昭・平　　年		
			／　／ 昭・平　　年		
			／　／ 昭・平　　年		
			／　／ 昭・平　　年		
			／　／ 昭・平　　年		
			／　／ 昭・平　　年		

病歴	既往症	
	現　在	

（アレルギー、薬しんなどがあれば記述してください。）

特記事項	