



Birmingham Supplementary School

EMERGENCY INFORMATION

CONTACT INFORMATION

Student's Name : (Last) _____ (First) _____

生徒氏名

Age : _____ Grade : _____

年齢

学年

Address : _____

住所

Number

Street

City

State

Zip

Home Phone No : _____

自宅電話番号

Father's Name : _____ Cell Phone No : _____

父親名

携帯電話番号

Mother's Name : _____ Cell Phone No : _____

母親名

携帯電話番号

Names of authorized person(relative, neighbor or friend)to call, if parent(s) cannot be reached.

親以外の緊急連絡先

Name : _____ Phone No : _____

名前

電話番号

Name : _____ Phone No : _____

名前

電話番号

HEALTH INFORMATION

Family Doctor or Pediatrician :

Name : _____ Phone No : _____

名前

電話番号

Address : _____

住所

Number

Street

City

State

Zip

List briefly any factor or medical condition/allergies of which school official should be aware:

In the event that I cannot be reached, I give permission for school representatives to transport this student to the above doctor or any medical facility and do authorize emergency treatment. I will assume full responsibility for all charges related above.

緊急時に連絡がつかない場合、学校代表者が私の子供を上記のファミリードクターか、いかなる医療機関に連れて行き応急処置を施す事を許可します。その費用負担については、私がすべての責任を負います。

Parent's or Guardian's Signature : _____ Date _____

親 又は 保護者の署名

日付

Month / Day / Year

英語でご記入下さい