NO. 稲-

**「～プロから学ぼう～ 子どもサッカー体験事業」健康チェックシート**

**今回はお申込みをいただきありがとうございます。さて、ご参加いただくお子さん、及び保護者の方の以下の事項についてご記入くださいますようお願いいたします。このシートは６月３０日（金）の事前説明会の際に必ずご提出ください。**

なお、以下の情報については当事業にのみ利用するもので、他の目的で使用することはありません。また、情報の管理は適切に行います。

◆お問合せ先　〒206-8601　稲城市東長沼2111番地　☎042-378-2111

稲城市 体育課 　担当：海老澤

【参加されるお子さんについて】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 性　別 | 年　齢 | 住　　　所 |
| お名前 |  | 男　・　女 | 　　　　歳 |  |
| アレルギー等について(食品、薬品など。アレルギー発症時の症状と対処方法) | 平熱　　 　℃ |
| 持病や健康、精神面等について特筆すべきこと | 喘息について（発作の頻度：年または月に何回、最終発作日、使用している薬物とその使.用方法（発作時，非発作時） |
| 内服薬について（薬名、飲み方） | 臨時に服用する薬について（てんかん・熱痙攣等） |

【保護者の方の（７／３１～８／０２）緊急連絡先】　※必ず連絡のとれる連絡先をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 昼間の連絡先 | ☎　　　　　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　―お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　　 |
| 夜間の連絡先 | ☎　　　　　　　　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　―お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　　　　　 |
| その他、特筆すべき事項等 |

※上記内容に変更等が生じた場合は直ちに連絡してください。

　平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名