|  |
| --- |
| 校外学習の同意書 |
|  / 校外学習同意書/緊急連絡先フォーム |
| お子さんが校外学習に持っていくこのフォームに入力してください。この情報は、校外にいるときに保護者に連絡を取る必要がある場合に必要です。このフォームに入力して保護者が署名しないと、学生は参加を許可されません。このフォームの情報は機密情報と見なされ、校外学習のリーダー/看護師が所持します。 |
| アクセス許可が与えられている:(学生の名前) 印刷してください**[年] [月] [日]** の **[目的地]** への校外学習への **[交通手段]**出発時刻は **[出発時刻]** で戻りは **[戻りの時刻]** です。 |
| 親/保護者用の情報: |
| 親/保護者用の名前:  |
| 住所:  |
| 電話番号:  | 緊急電話番号:  |
| 緊急時に必要になる場合があるので、下記の必要な情報を入力してください。この情報は、緊急カードの情報を変更しません。学生の生年月日 |
| アレルギー:  |
| 特別な考慮事項 (医療/身体的) を必要とする状況: |
| 学生に必要:(A) **エピペン** はい □ いいえ □ (B) **吸入器** はい □ いいえ □ (C) **現在服用中の薬:** (薬の種類と服用の時間):  |
| 学生の薬や特別な要望について \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[日付]** の前に看護師に話してください。この情報は機密情報です。校外学習の日に校外学習のリーダー/看護師が所持します。校外学習日のみの連絡先: |
| 主要な連絡先名  | 学生との関係:  |
| 電話番号:  | 勤務先電話番号  | 携帯電話番号  |
| 代替の連絡先名  | 学生との関係:  |
| 電話番号:  | 勤務先電話番号 | 携帯電話番号 |
| 学生の担当医師:  | 電話番号:  |
| 学生の担当歯科医師:  | 電話番号:  |
| **任意の医師または医療機関:** 適切な専門スタッフに子供に関係する医療情報を開示することを許可します。医師または病院に対して、緊急時に、子供の安全な治療を行い、子供 (上記) の投薬、注射、麻酔、または手術を行うことを許可します。以下の署名は、この校外学習中に、子供に必要な処置を施すための認可を構成します。 |
| 医療保険情報: |
| 会社名:  | 保険証券番号:  | グループ番号:  |
| 親/保護者用の名前:  | 日付:  |
| (印刷してください) |
| 親/保護者の署名:  |