

カブ隊 連絡先・健康調査票

ふりがな
スカウト氏名 _____

【連絡先】

保護者(1)

保護者(2)

(続柄)氏名	()	()
固定電話番号		
携帯電話番号		
PCメールアドレス	※	
携帯メールアドレス	※	
FAX番号(あれば)		
その他の連絡方法		

※「カブだより」の送付先に○印を付けてください。

【緊急連絡先】

(緊急時に上記保護者と連絡が取れない場合のみ使用します。)

(続柄)氏名	
電話番号	

【体調・体質など】

食物アレルギーはありますか？ (ある場合はその内容)	はい・いいえ
食物以外のアレルギーはありますか？ (ある場合はその内容)	はい・いいえ
車に酔いやすいですか？	はい・いいえ
運動面で注意すべき事がありますか？ (ある場合はその内容)	はい・いいえ
常用している薬などがありますか？ (ある場合は服用方法など)	はい・いいえ
宿泊時、夜中にお手洗いなどのために 声を掛けた方が良いですか？	はい・いいえ (いつ頃?)
その他、留意すべきことがありあしたら 記入してください。 (リーダー、団委員に個別に相談してい ただいても構いません。)	