児童(生徒)家庭調査票

**Child’s (Student’s) Family Background Questionnaire**

　　　　　　　　　　学校

 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　(School name)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児　童（生徒）Child(Student) | ふりがな氏名Name |  | 男・女Boy / Girl | Date of Birth年　　月　　日生Year　 Month Day |
| 現住所Address |  | TEL |
| (変更)Changed address |  | TEL |
| 保護者Parent | ふりがな氏名Name |  | 児童（生徒）との続柄Relationship to child (Student) |  |
| 緊急連絡先Person to Contact in case of Emergency | （父母）Name of Father / Mother | TEL |
| （祖父母）Name of Grandfather / Grandmother　　　　　　　　　 | TEL |
| 入学前の経歴Student’s HistoryBefore EnteringSchool | 　　　年　　　月　～　　　　　年　　　月　　　　　　　幼稚園・保育園・小学校From Year　　Month　　　To　　　Year　　MonthAt　　　　Kindergarten/　　　　Nursery School/　 Elementary School　　　　　　　　※新１年生のみご記入ください　Note: Only fill in if your child is a newly enrolled student. |
| 外国での生活ExperienceLiving Overseas | 才～　　　　　　　才From the age of To the age of 国名（　　　　　　　　　　　　）学校（　　　　　　　　　　　　　　）Name of the country 　　　　　 Name of the school |
| 日本語の能力Japanese Language Ability( Please check ) | 児　童（生徒）Child(Student) | 日常会話　　　　　□　できない　□　少しできる　□　できるDaily conversation 　　Poor　　　　 Fair　　　　 　Good ひらがな　　　　　　　　□　読める　　□　読めないHiragana (cursive kana letters)　Able to read 　 Not able to read |
| 保護者Parents | 日常会話　　　　　□　できない　□　少しできる　□　できるDaily conversation　　　　Poor　　　　　 Fair　　　　 　Good ひらがな　　　　　　　　□　読める　　□　読めないHiragana (cursive kana letters） Able to read 　 Not able to read |
| 健康状態State of Health |  |
| 健康、宗教上食べられないもの Food allergies or Religious dietary restrictions |  |
| 学校に対する要望Request(s) to School |  |

この調査は学校以外には秘密しますので事実を正しく記入してください。

緊急連絡先が変更になった場合には、すぐに担任まで連絡してください。

The information on this questionnaire is kept confidential, so please fill out this form accurately.

Please inform the classroom teacher immediately if there are any changes of the emergency contacts.