

緊急時医療許可証

氏家空手道スポーツ少年団
指導員代表 神山 良一 殿

私、
の保護者は、私の子供が疾病、又は事故に見舞われ、私にすみやかに連絡が取れない場合は、私への連絡を待たずに、子供が医療行為を受けることを認めます。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____ 印

住 所 _____

電 話 番 号 _____

* 本許可証は、「氏家空手道スポーツ少年団」を退団するまで有効とする。

1、血液型 (型)

2、既往歴(これまでににかかった重い病気やケガ等。一年以内のものには○印をつけてください)

() () ()

() () ()

3、特有のアレルギー、慢性疾患、その他、医学的健康状態

()

()

4、ふだんの健康状態 良好 普通 弱い方である

5、かかり付けの病院名 (TEL)

6、緊急時の連絡先、携帯、続柄 (氏名 携帯 続柄)

(氏名 携帯 続柄)

7、保護者以外の緊急連絡先

氏 名: 関係:

住 所:

電話番号: