

学校給食食物アレルギー対応食 希望調査・申請書

保護者様

必要事項を記入または該当項目に✓を付けて、必要書類と共に学校へ提出してください。申請内容は審査の結果により、詳細な面談後決定されます。

なお、希望内容によっては、栄養、献立面で不足が生じる可能性があることや、微量混入の可能性が完全に排除できないこともあります。そのため学校側と必要に応じて協議する必要があることなどをご確認ください。

年・組・氏名	年 組 <small>フリガナ 名前</small>
生年月日・性別	平成 年 月 日 (生) <input type="checkbox"/> 男子 ・ <input type="checkbox"/> 女子
住 所	〒 _____
保護者氏名	※面談対応保護者名 (<input type="checkbox"/> 父 ・ <input type="checkbox"/> 母 ・ <input type="checkbox"/>)
電話番号	※面談対応保護者電話 - -
前在籍園・校名 給食対応・内容	※新規者のみ 園・校名 記入→ <input type="checkbox"/> 対応なし <input type="checkbox"/> 対応あり (内容:)

1 希望調査該当項目	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続
※変更、中止に✓をチェック を記入された方は、変更内容 や中止理由を記入してください	

2 希望内容	
<input type="checkbox"/> 卵	<input type="checkbox"/> 希望あり→ <input type="checkbox"/> 除去食と代替食の両方 <input type="checkbox"/> 希望なし→ <input type="checkbox"/> 自分で取り除く <input type="checkbox"/> 完全弁当持参 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> ナッツ類	<input type="checkbox"/> 希望あり→ <input type="checkbox"/> 除去食と代替食の両方 <input type="checkbox"/> 希望なし→ <input type="checkbox"/> 自分で取り除く <input type="checkbox"/> 完全弁当持参 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 魚・甲殻類 <small>※エビ・カニ・イカ・タコ</small>	<input type="checkbox"/> 希望あり→ <input type="checkbox"/> 除去食と代替食の両方 <input type="checkbox"/> 希望なし→ <input type="checkbox"/> 自分で取り除く <input type="checkbox"/> 完全弁当持参 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 乳・乳製品	<input type="checkbox"/> 希望あり→ <input type="checkbox"/> 除去食と代替食の両方 <input type="checkbox"/> 希望なし→ <input type="checkbox"/> 自分で取り除く <input type="checkbox"/> 完全弁当持参 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 牛乳止め	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし→ <input type="checkbox"/> 飲める量を飲む <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 主食止め	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし→ <input type="checkbox"/> 食べられる量を食べる <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 希望あり→ 原因食品名と対応 ()

3 その他給食対応について	<input type="checkbox"/> 詳細な献立表の交付希望 <input type="checkbox"/> 使用日が分かる献立表 <input type="checkbox"/> 緊急時対応に関する打合せ <input type="checkbox"/> その他 ()
---------------	--

4 個別面接希望日	3月 7日 (木) <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:00 <input type="checkbox"/> 16:30
※可能日時全部に✓ を入れる。新規、変 更時は面接必須	3月 8日 (金) <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:00 <input type="checkbox"/> 16:30
	3月11日 (月) <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:00 <input type="checkbox"/> 16:30
	3月12日 (火) <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:00 <input type="checkbox"/> 16:30
	3月19日 (火) <input type="checkbox"/> 15:30 <input type="checkbox"/> 16:00 <input type="checkbox"/> 16:30
(所要時間約30分)	その他日時 <input type="checkbox"/> 希望しない

※日時が決まりしだい、学校から連絡があります。小学校6年生は中学校で面談します。

滑川市立 学校長様

この度、食物アレルギー対応食を上記のとおり依頼します。
なお、給食の実施に当たっては、安全性を優先し、貴施設の対応方針の説明を受け、同意します。

年 月 日

保護者署名

印

5 学校記入覧(捺印)

校長 教頭 保健主事 養護教諭 給食主任 受付者