

食物アレルギー除去食・給食停止 実施申請書（継続用）

和泉市立

学校長 様

保護者名

印

食物アレルギーによる学校給食への対応について、下記のとおり申請いたします。

なお、診断の結果は、昨年度と変更が（ ありません ・ あります ）。

※変更がない場合にも、学校生活管理指導表(診断書、意見書等)を添付してください。

記

(ふりがな) 児童・生徒名		年組	年 組	生年月日	年 月 日
住所	〒			電話番号	
緊急連絡先			続柄	電話番号	
			続柄	電話番号	
かかりつけの 医療機関				電話番号	

希望する 対応内容 (該当項目に チェック)	<input type="checkbox"/> 除去食希望 《 <input type="checkbox"/> 卵類 ・ <input type="checkbox"/> 牛乳・乳製品 》 <input type="checkbox"/> 給食停止希望 <input type="checkbox"/> 給食一部停止希望 <input type="checkbox"/> 牛乳停止 <input type="checkbox"/> ごはん停止 <input type="checkbox"/> パン停止 <input type="checkbox"/> 弁当(または代替食)持参(食物名) <input type="checkbox"/> その他()
<p>★学校における日常の取り組み及び緊急時の対応に活用するため、本票に記載された内容を教職員全員で共有することに同意します。また、食物アレルギー除去食の実施に当たり、微量混入(コンタミネーション)の可能性のあることに同意いたします。</p> <p style="text-align: right;">保護者署名：</p>	

※食物アレルギーに係る学校給食費返金等の申請書類が別途ございます。