

令和 年度 食物アレルギー除去食実施(新規・継続・中止)申請書

令和 年 月 日

生駒市教育委員会 教育長 様

保護者氏名 _____

学校給食での食物アレルギー除去食について、[新規・継続(変更なし)・継続(変更あり)・中止]で申請します。
※いずれかに○を付けてください

また、継続(変更あり)の場合、診断結果については、前回の診断内容と変更が[ありません・あります]。

記

ふりがな 児童生徒氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	対応希望品目	卵・乳・えび・かに
学校名	学校	学年・組	年 組
ふりがな 保護者氏名		電話番号	— —
住所	〒 生駒市	緊急連絡先	— —

食物アレルギー対応の実施にあたり、下記のことを理解して同意します。

(すべての項目を確認のうえ、すべての項目にチェックしてください)

- 除去により栄養・献立面に不足や偏りが生じる可能性があること
- 献立により、除去食対応ができず、一部弁当持参が必要な場合があること
- 微量混入(コンタミネーション)の可能性を完全に排除できないこと
- 学校給食食物アレルギー除去食申請書を毎月期日までに提出すること
- 食物アレルギー対応について、必ずしもご希望に添えない場合があること
- この申請内容及び対応内容については、学校の全職員に情報が共有されること

変更の場合、変更内容を記載してください。

- 除去食中止(医師の指導のもと、学校給食における除去食対応の中止を申請します)
- 食物アレルギー対応等の内容変更(診断結果や症状等に変更があり、現在の対応内容と異なる対応を希望します)

変更前	
変更後	

- 申請内容の変更(学校名・組・氏名・住所等が現在の内容と異なるため、変更を希望します)