

令和 年 月 日

保護者氏名

記

学校（園）名	佐伯市立		学校（幼稚園）	年	組
(ふりがな)			生年月日	平成・令和 年 月 日	
児童生徒等氏名					
住 所	〒 佐伯市		電話		
緊急連絡先	氏名	(続柄)	電話		
	氏名	(続柄)	電話		
アレルギーの診断を受けた病院・主治医			電話		
①希望する対応内容 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 除去食又は代替食		②原因食品 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 卵	
	<input type="checkbox"/> 給食停止（弁当持参） →飲用牛乳の提供を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> すべて除去 <input type="checkbox"/> 飲用牛乳のみ停止	
				<input type="checkbox"/> えび	
				<input type="checkbox"/> かに	
				<input type="checkbox"/> 小麦	
				<input type="checkbox"/> 落花生	
				<input type="checkbox"/> くるみ	
食物アレルギー対応の実施にあたり、微量混入（コンタミネーション）の可能性があるので同意していただけますか。（学校給食は同一の釜やフライヤーで毎日違う料理を作るのでコンタミ調理になります。） （ はい ・ いいえ ）					
※継続の場合のみ記入 希望するアレルギー対応は、前年度と変更が（ ありません ・ あります ）。					