

学校給食食物アレルギー除去食実施申請書

令和 年 月 日

学校長 様

(所沢市立第2学校給食センター所長 様)

食物アレルギーによる学校給食の対応について、次のとおり申請します。

学校名	学校	ふりがな	
		児童氏名	
	学年 組	生年月日	年 月 日生 (歳)

1. 希望する対応食に○をつけてください

い ず れ か に ○	<input type="checkbox"/>	①卵 除去
	<input type="checkbox"/>	②乳 除去
	<input type="checkbox"/>	③卵、乳 除去

2. 卵、乳以外に以下の原因物質（アレルゲン）がある場合は、○をしてください。

そば ・ キウイフルーツ ・ びわ ・ 落花生（ピーナッツ） ・ カシューナッツ
くるみ ・ 松の実 ・ アーモンド ・ ヘーゼルナッツ ・ マカダミアナッツ

※卵、乳及び上記10品目以外の原因物質（アレルゲン）をお持ちの場合、除去食提供の対象とはなりません。〔例：大豆・ごま・メロン〕

3. 食物アレルギー対応食（卵・乳除去食）の提供を希望する場合は、次の内容について承諾をいただき、保護者の方の署名をお願いします。

(1) 第2学校給食センターは食物アレルギーの除去食を実施するにあたり、毎月、保護者に次の資料をお渡しします。

・食物アレルギー個別対応表 ・献立表詳細 ・食品配合表

保護者は献立表詳細に基づき、食物アレルギー個別対応表の内容や加工品の内容を確認します。

(2) 確認した食物アレルギー個別対応表は、期日までに学校に提出していただきます。

(3) 期日までに提出がない場合は除去食や代替品の提供はできません。

以上、上記(1)～(3)の内容を承諾しましたので、食物アレルギー対応食（卵・乳除去食）の提供を申請します。

保護者署名