

多賀城市学校給食食物アレルギー対応申請書

令和 年 月 日

多賀城市立 学校長 様

保護者氏名

次のとおり多賀城市学校給食アレルギー対応の実施を申請します。

(ふりがな) 児童・生徒 氏 名	()	生年月日	平成 ・ 令和	年	月	日
学校名	多賀城市立 学校 年 組 番					
住 所	多賀城市					
緊急時 連絡先	(日中つながる連絡先を必ず記入してください) 電話 (携帯電話でも可) : (続柄:)					
診断名	☐ 食物アレルギー 原因食品 ()		医療 機関名			
アナフィラキシー	☐ 起こしたことがある (歳)		☐ 起こしたことがない			
エピペン®	☐ 処方されている (本)		☐ 処方されていない			

※学校生活管理指導表に記されている原因食物から、申請する項目すべてに○印をつけてください。

	申請内容
	詳細な献立表配布希望 (学校生活管理指導表を添付してください)
	給食全停止希望 (学校生活管理指導表を添付してください)
	牛乳停止希望 (学校生活管理指導表を添付してください)
	パン停止希望 (学校生活管理指導表を添付してください)
	米飯停止希望 (学校生活管理指導表を添付してください)
	おかず停止希望 (学校生活管理指導表を添付してください)

..... 以下は、学校記入欄となるため記入不要です

学校記入欄

上記内容につきましては適当であると判断しましたので、学校給食における食物アレルギー対応の実施を申請します。

多賀城市教育委員会教育長 様

令和 年 月 日
多賀城市立 学校
校長