

越谷市教育委員会教育長 宛

※太字内を記入してください

※該当するものに☑を必ずしてください。
新入学児童や新規の場合【開始】、前年と継続の場合【継続】、内容に変更がある場合【変更】、申請書の中止(資料の中止も含む)【中止】

ため、下記のとおり申請いたします。

6年生は、進学先中学校に提出のため必ず記入してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 開始 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 中止		申請日 令和 4年 2月 △ 日	
学 校 名	越谷市立 ○△ 小・中学校 *6年生の場合は進学先中学校	現クラス	年 組 新学年 1年
ふりがな	こしがや はなこ	生年月日	平成 ○年 △月 △日
児童生徒氏名	越谷 花子	連絡先	090-×××-×××× 日中連絡がとれる番号をお願いします。

◆対象児童生徒は次の2要件を満たすこととします。

(1)医師からの食事療法の指示がある(「学校生活管理指導表(アレルギー疾患用)」※他疾患の場合は診断書

(2)家庭で食事療法をしている

●2要件を満たすことを確認して申請書の提出をお願いします。

1. 学校生活管理指導表に記載されているアレルゲンと医師から指示されている食事療法の内容について

全員記入	【アレルゲン】乳	【医師の指示】牛乳を中心に乳を除去
※中止の場合の理由や他疾患の場合はこちらに内容の記入をしてください。		

2. 希望するものに○をつけてください

全員記入	①資料(詳しい献立表、加工食品の原料配合表)	どちらか○	<input type="radio"/> 希望する <input type="radio"/> 希望しない		
	②給食内容	いずれか○	<input type="radio"/> 完全給食 <input type="radio"/> 牛乳不飲 <input type="radio"/> 主食のみ <input type="radio"/> 副食(おかず)のみ <input type="radio"/> 牛乳のみ		
該当者のみ	③特定原材料7品目(7大アレルゲン)を使用しない献立のみ喫食を希望 ★印で献立表に表記...月に数回提供	希望のみ○	<input type="radio"/> 希望する ➡学校へ事前申し込み ※給食費は喫食分を徴収します		
	④アレルギー対応食の希望がある方は○をつけてください。★児童生徒の氏名を対応食に表示します。				
	No.	希望するものに○	通常食	対応食	対応アレルゲン
1		卵を使用したデザート	ゼリー	卵	学校生活管理表を確認し、該当するアレルゲンと医師からの診断により選択をしてください。
2	<input type="radio"/>	乳を使用したデザート	ゼリー 味付け小いわし(ごまなし)	乳	
3		小麦を使用したデザート	ゼリー	小麦	

※給食センターで調理するものは対応できません。

◆学校記入欄(①か②を選択)

①学校生活管理指導表の提出 未・済 (いずれかを○で囲む)

②診断書の提出 未・済 (いずれかを○で囲む)

★次年度継続の場合、昨年度の内容を一度ご確認ください、提出をお願いします。

学校長名

確認日：令和 年 月 日