

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。

☒ 開始 ☐ 継続 ☐ 変更 ☐ 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-×××-××××		
保護者氏名	越谷 太郎	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○	☐ 希望する ☐ 希望しない		
	②給食内容	いずれか○	☐完全給食 ☐牛乳不飲 ☐主食のみ ☐副食(おかず)のみ ☐牛乳のみ この中に該当がない場合は完全給食に○をしてください。		
該 当 者 の み	③特定原材料8品目(8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○	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
2	☐	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