令和　年度　学校給食 食物アレルギー対応申請書　様式5-1

越谷市教育委員会教育長　宛

※太字内を記入してください

学校給食における食物アレルギー対応を希望するため、下記のとおり申請いたします。

| □開始　□継続　□変更　□中止 | | | 申請日　令和　年　月　日 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 学　校　名 | 越谷市立　小・中学校<br>＊６年生の場合は進学先　中学校 | 現クラス | 年　組 | 新学年 | 年 |
| ふ り が な | | 生 年 月 日 | 年　月　日 | | |
| 児童生徒氏名 | | | | | |
| 保護者氏名 | | 連　絡　先 | | | |

◆対象児童生徒は次の２要件を満たすこととします。
⑴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
⑵家庭で食事療法をしている

| 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】 | 【医師の指示】 |

| 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 |
| 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<br>★印で献立表に表記　月に数回提供 | 希望のみ○ | | 希望する<br>➡ 学校へ事前申し込み<br>※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<br>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)

学校長名　　確認日：令和　年　月　日