

アレルギー対応確認表

提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

★事前に詳細等についてお問い合わせさせていただく場合があります。

★別紙「アレルギー食品チェック表」も人数分、提出してください。

利用年月日	年 月 日～ 月 日
利用団体名	
連絡先番号	

名前	学年又は年齢	アレルギー原因食品とその詳細	エビソンの持参の有無	給食や家庭等での対応
【例】 幡多 太郎	5年生	・魚 (焼いてあっても食べれない)	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	* ・焼き魚→鶏肉に変更
			有・無	*

注1) できる限り詳細にご記入ください。とりわけ深刻なアレルギー体質の場合は、電話連絡をお願いします。

(食堂直通 TEL FAX 兼用 0880-44-1244 大方青少年育成会)

注2) 対応等の都合により、2週間前までには必ず提出してください。

注3) 提出がない場合は、アレルギーなしと判断致します。

育成会確認印	担当者確認印