資料3

申請日：　　　年　　月　　日

**学校給食除去食申請届**

　　　年　　　　組　　氏名：

　　保護者名：　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　連絡先（自宅）

　　緊急連絡先

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先順位 | 氏　　名 | 続柄 | 電話番号 | 連　絡　先 | 特記事項 |
| １ |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |  |
| ２ |  |  |  | 自宅・職場・携帯 |  |

　　かかりつけの医療機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療機関名 | 医師名 | 最終受診年月日 | 特記事項 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

　　診断及び治療の内容、症状について詳しく記入してください。（除去する食品等）

|  |
| --- |
|  |

* **除去食対応する児童**

**・家庭の食事においても除去を行っている児童**

**・定期的に医師の診断を受けている児童**