

【様式8】

7 月食物アレルギー対応食のお知らせ [学校提出用]

|         |         |
|---------|---------|
| 学年 組 名前 | 5年 組 さん |
| 対応内容    | 卵       |

|             |           |      |
|-------------|-----------|------|
| 給食当番の<br>配慮 | 座席の<br>配慮 | エビペン |
|             |           |      |

| 日  | 曜 | 献立名    | アレルギー食品 | 変更献立            | 備考 | 確認欄  |                      |      |      |
|----|---|--------|---------|-----------------|----|------|----------------------|------|------|
|    |   |        |         |                 |    | 調理担当 | 栄養士<br>(又は正規調<br>理員) | 配膳担当 | 学級担任 |
| 17 | 木 | 中華卵スープ | 鶏卵 →    | 「鶏卵」を除去して<br>提供 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |
|    |   |        |         |                 |    |      |                      |      |      |

※今月は上記の献立について、除去食・代替食を提供いたします。  
※代替・除去食の必要がない場合や、自宅から持参したい場合等ご意見、ご要望がありましたら下の記述欄にお書きください。  
※表中の確認印欄は学校や給食センター等で使用する欄です。

ご確認・ご了承いただきましたら下記に保護者名の記載をし、押印してお返してください。

7 月 1 日までにお返しくださいますようお願いいたします。

令和 年 月 日 保護者氏名 印

(給食センター)→学校 → 保護者 → 学校→(給食センター)

|       |    |    |    |      |      |     |     |
|-------|----|----|----|------|------|-----|-----|
| センター長 | 校長 | 教頭 | 教頭 | 学級担任 | 給食主任 | 調理員 | 栄養士 |
|       |    |    |    |      |      |     |     |

【様式9】

7 月食物アレルギー対応食のお知らせ [保護者控え用]

|         |         |
|---------|---------|
| 学年 組 名前 | 5年 組 さん |
| 対応内容    | 卵       |

| 日  | 曜 | 献立名    | アレルギー食品 | 変更献立        | 代替食品の配合 | 備考 |
|----|---|--------|---------|-------------|---------|----|
| 17 | 木 | 中華卵スープ | 鶏卵 →    | 「鶏卵」を除去して提供 |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |
|    |   |        |         |             |         |    |

↓学校より伝言です。

(給食センター)→学校 → 保護者  
(加工品の原材料表とともに、保管してください。)

※不明な点、質問等ございましたら 小千谷小学校 Tel (83-2042)

栄養教諭 椿 美枝子 まで、ご連絡ください。