別添1　東小千谷小学校

NO. 1

【様式8】

9 月食物アレルギー対応食のお知らせ［学校提出用］

令和7年度

学年　名前	5年（ねん）　○○　○○　さん さん
対応内容	卵除去（微量も不可）

給食当番の配慮	座席の配慮	エピペン
必要	必要	有

日	曜	献立名	ｱﾚﾙｷﾞｰ食品	変更献立	備考	確認欄			
						調理担当	栄養教諭（又は正規調理員）	配膳担当	学級担任
2	月	ツナとたまごのそぼろ丼	たまご　→	たまご除去					
			→						
			→						
			→						
			→						
			→						
			→						

※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、押印してお返しください。

8 月　　30　　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

学校 → 保護者 → 学校

校長	教頭	学級担任	養護教諭	調理員	栄養教諭

9　月食物アレルギー対応食のお知らせ［チェック用］

令和7年度

対象者	日	曜	献立名	ｱﾚﾙｷﾞｰ食品	変更献立	代替食品の配合	備考	検食確認
5年　〇〇	2	月	ツナとたまごのそぼろ丼	たまご　→	たまご除去			
				→				
				→				
				→				
				→				
				→				