

【受付番号】

日野市立小学校 学校給食についての事前調査

【全員提出】

年 月 日

この調査は、日野市立小学校入学後、学校給食を食べたことによる食物アレルギーを防ぐため、入学予定の小学校で事前準備をするための大切な調査です。ご協力をよろしくお願いいたします。

保護者名

(ふりがな) 入学予定者 名前		性 別	男 ・ 女
携帯電話		自宅電話番号	

(次の設問に対し、いずれかに○をしてください。)

①食物アレルギーが

・ある

・ない

以上で質問は終わりです。

アレルゲン となる食物	
----------------	--

①の設問で「ある」に○をした場合のみ記入

②学校給食での食物アレルギー**除去食**の対応を

・希望します。

・希望しません。

給食対応を 希望しない 理由	(上記①で食物アレルギーが「ある」お子さんで、②学校給食での対応を「希望しない」場合の、その理由) 例：アレルゲンとなる食べ物が加熱してあれば食べることができるため。
----------------------	--

※ この調査でご記入いただいた個人情報は、上記目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。
※ 個人情報については、入学予定の小学校により厳重に管理し、第三者に提供することは絶対にいたしません。

※日野市立小学校の就学時健康診断の際にご提出ください。