

# 記入見本です

学校名 ・ クラス ・ 男女	学校名 日光学園小学校	記入日 2020 年 7 月 1 日	
児童氏名	栃木 健太郎	1 組	(男子) ・ 女子
保護者名 自署	栃木 一郎		

アレルギー	大豆
-------	----

9月10日 の 夕食	△△△が含まれるので	いずれかに○をつけてください		
		代替食必要	除去だけ	本人が当日の体調で 食べる・食べない判断
ハンバーグ				
デミグラスソース	大豆が含まれるので	○		
ミックスベジタブル				
海老フライ	大豆が含まれるので	○		
豚ヒレかつ	大豆が含まれるので	○		
若鶏ももの照り焼				
かぼちゃグラタン				
生野菜				
タルタルソース	大豆が含まれるので		○	
ポテトサラダ	大豆が含まれるので	○		
白米				
けんちん味噌汁				
ベリームースケーキ				
その他、特記事項を 宿に伝えられたい場合 この欄にご記入下さい	醤油、味噌は大丈夫です。 ハンバーグのソースは、和風のポン酢で食べたり、 ケチャップと中濃ソースで食べたりしています。			

実施日当日の2週間前までに、職員室にて対象児童分のみ取りまとめいただき、郵送にてご連絡ください。

保護者様の個別による電話対応は、「お願いした」「承っておりません」等、事故が生じた際、証拠が残りません。

なお、期日間際でご提出いただいた場合、アレルギー代替献立の対応はできかねます。

学校名・クラス・男女	学校名	記入日	年	月	日
児童氏名		組	男子・女子		
保護者名 自署					

アレルギー	
-------	--

月 日 の 夕食	〇〇〇が含まれるので	いずれかに〇をつけてください		
		代替食必要	除去だけ	本人が当日の体調で 食べる・食べない判断
ハンバーグ				
デミグラスソース				
ミックスベジタブル				
海老フライ				
豚ヒレかつ				
若鶏ももの照り焼				
かぼちゃグラタン				
生野菜				
タルタルソース				
ポテトサラダ				
白米				
けんちん味噌汁				
ベリームースケーキ				
その他、特記事項を 宿に伝えられたい場合 この欄にご記入下さい				

実施日当日の2週間前までに、職員室にて対象児童分のみ取りまとめいただき、郵送にてご連絡ください。

保護者様の個別による電話対応は、「お願いした」「承っておりません」等、事故が生じた際、証拠が残りません。

なお、期日間際でご提出いただいた場合、アレルギー代替献立の対応はできかねます。

学校名・クラス・男女	学校名	記入日	年	月	日
児童氏名		組	男子・女子		
保護者名 自署					

アレルギー	
-------	--

月 日 の 朝食	〇〇〇が含まれるので	いずれかに〇をつけてください		
		代替食必要	除去だけ	本人が当日の体調で 食べる・食べない判断
鮭みそ漬焼				
焼売				
厚焼玉子				
ウインナー				
トマトケチャップ				
キャベツと牛蒡の サラダ				
小松菜の菊胡麻和え				
白米				
無添加味のり				
味噌汁				
ヨーグルト				
黄桃(缶詰)と チェリー(缶詰)				
その他、特記事項を 宿に伝えられたい場合 この欄にご記入下さい				

実施日当日の2週間前までに、職員室にて対象児童全員分を取りまとめいただき、郵送にてご連絡ください。

保護者様の個別による電話対応は、「お願いした」「承っておりません」等、事故が生じた際、証拠が残りません。

なお、期日間際でご提出いただいた場合、アレルギー代替献立の対応はできかねます。

学校名・クラス・男女	学校名	記入日	年	月	日
児童氏名		組	男子・女子		
保護者名 自署					

アレルギー	
-------	--

月 日 の 夕食	〇〇〇が含まれるので	いずれかに〇をつけてください		
		代替食必要	除去だけ	本人が当日の体調で 食べる・食べない判断
日光霧降高原豚の 陶板焼き				
フライドポテト				
たれ				
ピザ春巻				
肉団子				
トマトグラタン				
生野菜				
マカロニサラダ				
胡麻豆腐				
クリームシチュー				
白米				
チョコムースケーキ				
その他、特記事項を 宿に伝えられたい場合 この欄にご記入下さい				

実施日当日の2週間前までに、職員室にて対象児童全員分を取りまとめいただき、郵送にてご連絡ください。

保護者様の個別による電話対応は、「お願いした」「承っておりません」等、事故が生じた際、証拠が残りません。

なお、期日間際でご提出いただいた場合、アレルギー代替献立の対応はできかねます。

学校名・クラス・男女	学校名	記入日	年	月	日
児童氏名		組	男子・女子		
保護者名 自署					

アレルギー	
-------	--

月 日 の 朝食	〇〇〇が含まれるので	いずれかに〇をつけてください		
		代替食必要	除去だけ	本人が当日の体調で 食べる・食べない判断
黒糖入りロール				
バターロール (マーガリン)				
鶏から揚げ				
ミートオムレツ				
ポークロング ウインナー				
チーズイン フライドポテト				
スパサラダ				
生野菜				
トマトケチャップ				
サウザンドレッシング (ノンオイル)				
ワカメスープ (コンソメ)				
杏仁豆腐				
ピルクル (乳酸菌飲料)				
その他、特記事項を 宿に伝えられたい場合 この欄にご記入下さい				