

平成 年 月 日

〇〇市立〇〇〇〇〇〇学校長 殿

〇〇市学校給食センター所長 殿

ア レ ル ギ ー 対 応 解 除 届

学校名 _____

保護者名 _____ 印

児童生徒名 _____ (年 組)

提出した『食物アレルギー調査票兼面談書』から変更がありますので連絡いたします。

本児は除去していた

(食物名 : _____)

に関して、医師の指導のもと、これまでに複数回食べて症状が誘発されないので上記食物の学校給食における完全解除をお願いいたします。

① 食べられるようになった食品 (_____)

② これからの対応 (どちらかに「レ」をつけて下さい)

対応をすべて解除します

対応を継続します

対応継続の食品 (_____)

(_____)