

(あて先)
大田区立_____校長

食物アレルギー対応同意書兼決定通知書

食物アレルギー対応の実施にあたり、下記の項目に関する説明に同意します。

- 食物アレルギー面談票兼個別取組みプランの対応内容のとおりであること。
- 定期的及び必要に応じて、対応内容について学校側と協議する必要があること。
- 食物アレルギー個別取組みプランの内容は、教職員全員に情報共有されること。
- 対応期間は決定通知書から1年間とし、医師の診断により変更した場合は適宜見直しを行うこと。
- 通級指導学級に通う場合や大田区立中学校に進学する場合は、食物アレルギー対応についての情報を通級指導学級設置校や進学先に申し送ること。
- 原因食物を給食から完全に除去するため、栄養面で不足が生じる可能性があること。
- 原因食物の異なる児童・生徒が複数在籍している場合、誤配膳等の事故を防ぐため、食べられる食材でも除去を行うことがあること。
- 除去した結果、献立が成り立たないときには、弁当持参が必要な場合があること。
- 家庭からの弁当は自己管理となること。
- 一般の食器・トレイと食物アレルギーの食器・トレイは区別されているが、一緒に洗浄及び保管されていること。(箸、スプーン、フォークは共用)
- 除去食対応専用の調理機器などではなく、厳密な区別ができないこと。
- 微量混入(コンタミネーション)の可能性は完全に排除できないこと。
- 教室にて食事制限が必要なこと、配膳時の注意事項等を他の児童・生徒に伝えること。
- ご家庭でも協力していただきたい事項
 - 食事制限が必要なことなどをお子さんに伝えてください。
 - 食物アレルギーのため、食べることができない給食は、お子さんと必ず一緒に献立表で確認して、何が食べられないかを伝えてください。
 - 一度配膳した給食の増減は、できないことをお子さんに伝えてください。
 - 食物アレルギーに関して保護者の方から伝えたいことがある場合は、電話等で学級担任にお伝えください。

_____年_____月_____日 _____年_____組 児童・生徒氏名_____

保護者氏名_____ (印)

(学校記入欄)

保護者様

_____年_____月_____日の面談時において確認した内容に基づき、_____年_____組_____さんの食物アレルギー対応について、食物アレルギー面談票兼個別取組みプランの通り、対応することを決定したので通知します。

大田区立_____学校
校長 _____ (印)

面談出席者 (職・氏名)	

事務処理点検欄	日付	職・氏名
保護者印確認		
写しの送付		