

食物アレルギー対応解除申請書

令和 年 月 日

高松市立 学校長 様

保護者氏名： _____

学校給食における食物アレルギー対応について申請をしておりましたが、下記食品に関して、医師の指導のもと、これまでに複数回家庭での飲食において症状が誘発されていないので、学校給食における食物アレルギー対応の解除をお願いします。

学年・組	年 組
(ふりがな) 児童生徒氏名	
解除する食品名	
備 考	

※ 学校生活管理指導表は別添のとおり

【学校記載欄】

申請書受領日 令和 年 月 日
給食解除開始日 令和 年 月 日