

**【全3回 もりっこクラブ秋冬】参加確認書**

参加者情報	氏名				ふりがな		
	生年月日 年齢	西暦	年	月	日(歳)	学年	性別 男・女
	自宅住所	〒					
	保護者氏名	【続柄: 父・母・その他( )】					
	日中繋がる 携帯電話	-	-	【続柄: 父・母・その他( )】			
	上記以外の 緊急連絡先	-	-	【続柄: 父・母・その他( )】			

健康調査	大きな病気やケガをしたことがありますか？ ない / ある ⇒ 年月・部位・回数							
	現在治療中の病気や怪我はありますか？ ない / ある ⇒ 部位・病院名と電話番号							
	現在内服している薬はありますか？ ない / ある ⇒ 薬品名・回数・量							
	服用できない薬はありますか？ ない / ある ⇒ 具体的に							
	湿疹・喘息等ご心配なことはありますか？ ない / ある ⇒ 具体的に							
	アレルギー〔食べ物・動植物〕はありますか？ある場合は、下記項目に○もしくはその他にご記入ください ない / ある ⇒ 卵・乳製品・小麦・そば・落花生・エビ・カニ・その他( )							
	身長	cm	体重	kg	平常体温	度	血液型	型
	◆スタッフに対し、希望されることや、気を付けて欲しいことはありますか？ ない / ある ⇒ 具体的に ※トイレ、身辺整理、食事の量や偏食、宿泊、集団行動などの生活面、キャンプで期待していることなど							

その他	各回の交通手段はどちらですか？※交通案内は各回の手引きをご確認ください。						
	①交通手段:	往路: 自家用車 / 電車	復路: 自家用車 / 電車	その他:	_____		
	②交通手段:	往路: 自家用車 / 電車	復路: 自家用車 / 電車	その他:	_____		
過去に名栗げんきプラザの主催事業へ参加したことがありますか？ ない / ある ⇒ 事業名							
毎月配信中の「メールマガジン」へ登録することができます。ご希望の方は、下記にメールアドレスをご記入ください。							

『参加確認書』は、**9月29日(金)までに記入いただき、ご提出ください。**

『アレルギー個別対応申込書』は**必要な場合のみ、上記期日までに記入いただき、ご提出ください。**

※この用紙に記載いただいた個人情報、アレルギー情報管理やプログラム運営のために使用いたします。個人情報をお客様の同意を得ずに第三者へ提供、開示等することは一切いたしません。

※事業のご案内等を、お客様に送付させていただく場合がございます。

不要な方は、下記チェックボックスへチェックを入れてください。

事業の案内等の送付を希望しません。

**お問い合わせ・参加資料送付先**  
埼玉県立名栗げんきプラザ(担当: 大瀧)  
〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2  
TEL: 042-979-1011 FAX: 042-979-1013  
MAIL: naguri@tokyu-com.co.jp

# アレルギー個別対応申込書

## 取り扱い注意

アレルギー対応をご希望の場合は、必要事項をご記入の上、**9月29日(金)**までに提出してください。  
 ※アレルギー以外で食事制限のある方(病気の治療・宗教上の理由等)も、こちらのシートをご提出ください。  
 ※提出は参加確認書と同様に名栗げんきプラザへご提出ください。

対応については、単純に除去するだけでなく、代替食での個別対応を基本原則とします。 しかしながら、以下の点につきましてはご了承の上、お申し込みをお願いいたします。 ・掲載情報は、アレルギー症状を発症しないことを確実に保証するものではありません。ご注文にあたっては、 ご利用者様による最終的な判断をお願いいたします。 ・他のメニューと同一の厨房で調理しているため、加工または調理の過程において、微量のアレルギー物質が混入する 可能性があります。 ・調理、洗浄機などについても、他のものと共通のものを使用しています。			
事業名	もりっこクラブ秋冬	担当者名	大瀧 裕基子

該当者名(ふりがな) ※必須		回答連絡先 携帯電話番号	
該当者氏名		回答 FAX または メールアドレス	

<b>アナフィラキシーショックの確認</b>  できる限り詳しい状況を 「摂取した時に現れる症状」欄にご記入ください。	<input type="checkbox"/> 起こす	<input type="checkbox"/> 食事一式持込みます <input type="checkbox"/> 代替食を希望します
	<input type="checkbox"/> 起こさない	<input type="checkbox"/> 代替食を希望します <input type="checkbox"/> 通常メニューで提供

アレルギー 原因食材		摂取した時に 現れる症状	症状:
直近の発症日	年 月 日頃	普段の対応	常にエピペンを持ち歩いている場合 <input type="checkbox"/> 自分で打てる <input type="checkbox"/> 自分で打てない ※自分で打てない場合: 名栗げんきプラザ職員が打っても良いか <input type="checkbox"/> はい →サイン: _____ <input type="checkbox"/> いいえ →対応方法( _____ )
かかりつけの 病院			<input type="checkbox"/> 微量のコンタミネーションでも症状が出る
病院の 電話番号			<input type="checkbox"/> 外食したことがない
			<input type="checkbox"/> 給食では弁当を持ち込んでいる
			<input type="checkbox"/> その他( _____ )

※書類提出後、食堂担当者よりアレルギー対応確認の連絡があります。  
 食堂からの回答内容を確認後、保護者の方がサインをし、名栗げんきプラザに再度ご提出ください。