

【8/18-20 仲間と作る夏祭り 名栗 3days キャンプ】参加確認書

参加者情報	氏名			ふりがな		
	生年月日 当日の年齢	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 ・ くるみ ・ その他()							
	身長	cm	体重	kg	平熱	度	血液型	型
	◆普段の様子で気になること、伝えておきたいことはありますか？							
◆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	当日の【名栗げんきプラザ】までの交通手段はどちらですか？※電車の方は必ず手引きの 7 交通案内をご確認ください。 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。 ご希望の方は右の QR コードから登録をお願いします。 ※「個人情報の取り扱いについて」を確認後、「同意する」をクリックすると、登録画面に進めます。	



『参加確認書』は、7月28日(火)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は、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。

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:川村)
〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2
TEL:042-979-1011 FAX:042-979-1013
MAIL:naquri@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、**7月28日(火)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、代替食での個別対応を基本原則としますが、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。

日程 事業名	8/18～20 仲間と作る夏祭り 名栗 3days	担当者名	川村 亮太郎
-----------	---------------------------	------	--------

ふりがな		年齢	歳	学年	年生
該当者氏名		連絡 先	携帯電話番号		
			FAX または メールアドレス		

アレルギー 原因食材		摂取した時に 現れる症状	症状:
---------------	--	-----------------	-----

アナフィラキシーショックの確認 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。	☐ 起こす	☐ 食事一式持込みます
	☐ 起こさない	☐ 代替食を希望します
		☐ 代替食を希望します
		☐ 通常メニューで提供

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 ☐ 自分で打てる ☐ 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 ☐ はい→サイン: _____ ☐ いいえ→対応方法()
かかりつけの 病院			☐ 微量のコンタミネーションでも症状が出る ☐ 外食したことがない
病院の 電話番号			☐ 給食では弁当を持ち込んでいる ☐ その他()

事業中のメニューでアレルギーに該当するもの ※参加の手引き参照		特記事項 例) 卵は火が通っていれば問題ない
月日	メニュー	
例) 4月5日朝	例) A: 卵焼き	

※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。