

『5/18～19 親子キャンプフェスティバル』参加確認書
宿泊場所【 本館 ・ バンガロー ・ テント 】 ※○を付ける

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

| | |
|------|---|
| 健康調査 | 大きな病気やケガをしたことがある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名・年月・部位・回数 |
| | 現在治療中の病気や怪我がある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名・部位・病院名と電話番号 |
| | 現在内服している薬がある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名・薬品名・回数・量 |
| | 服用できない薬がある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名+具体的に |
| | 湿疹・喘息等ご心配な方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名+具体的に |
| | アレルギー〔食べ物・動植物〕がある方はいますか？ ない / ある ⇒ 氏名+具体的に |
| | ◆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6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 |
| | 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？ ある / ない ⇒ 事業名 |
| | ランタン(テント泊の方のみ)・寝袋(テント・バンガロー泊の方のみ)の貸出を希望についてご記入ください。 【ランタン貸出を希望する / ランタン貸出を希望しない】 【寝袋貸出を希望する ____ 個 / 寝袋貸出を希望しない】 |
| | 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、4月26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:藤井)
〒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、**4月26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生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 | 親子キャンプフェスティバル | 担当者名 | 藤井 洋毅 |

| | | | |
|--|--------|--------------------------------|--|
| 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 | |
| アナフィラキシーショックの確認 | | <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 |
| 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(_____) |

| | | |
|-----------------------|---------|------------------|
| 利用中のメニューでアレルギーに該当するもの | | 特記事項 |
| 月日 | メニュー | 例)卵は火が通っていれば問題ない |
| 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。