



R7.子ども事業

## 【2/21-22 森の芸術家キャンプ】参加確認書

参 加 者 情 報	氏名			ふりがな			
	生年月日 当時の年齢	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
	◆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「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: _____ <small>(12~3月事業)自家用車の場合:スタッドレスイヤ ある / ない</small>						
	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。ご希望の方はメールアドレスをご記入ください。 ※メールマガジンはめる配くんシステムを利用しています。メールマガジン配信には、後日、名栗げんきプラザから本登録のメールが送信されますので、ご自身で許可が必要となります。 送信先アドレス:						
	『参加確認書』は、 <b>1月29日(木)</b> 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、1月29日(木)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	2/21~22 森の芸術家キャンプ		担当者名	川村亮太朗
-----------	-------------------	--	------	-------

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。		<input type="checkbox"/> 起こす  <input type="checkbox"/> 起こさない	<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"/> 代替食を希望します <input type="checkbox"/> 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 <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 <input type="checkbox"/> 外食したことがない	
病院の電話番号			<input type="checkbox"/> 給食では弁当を持ち込んでいる <input type="checkbox"/> 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

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。