**『6/14～6/15　親子防災キャンプ』参加確認書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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【**名栗地区行政センター**】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　：　自家用車　　／　電車・バス　　／　その他： | |
| 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 | ・寝袋は、げんきプラザの寝袋を借ります。（　　　　　）  ・寝袋は持参します。（　　　　人分） |

**『参加確認書』は、5月23(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：町田）

〒357-0111飯能市上名栗1289-2

TEL：042-979-1011　FAX：042-979-1013

MAIL：naguri@tokyu-com.co.jp

|  |
| --- |
| 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。  送信先アドレス： |

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、**5月23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、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 | 6/14～6/15　親子防災キャンプ | 担当者名 | 町田　淳 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| ☐　代替食を希望します |
| ☐　起こさない | | ☐　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 |
| 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、事業担当よりアレルギー対応確認の連絡があります。