

【7/25～27 夏休み1 番乗りキャンプ】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: _____						
	Tシャツのサイズ(ユニセックス)を教えてください。 ※キャンプ2日目のクラフトで使用します。 110 / 120 / 130 / 140 / 150						
	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2日(木)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:井川)
〒357-0111 飯能市上名栗 1289-2
TEL:042-979-1011 FAX:042-979-1013
MAIL:naauri@tokvu-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2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。

日程 事業名	7/25～27 夏休み1番乗りキャンプ	担当者名	井川
-----------	---------------------	------	----

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"/> 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

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(_____)

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) 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。