

学校給食停止・再開届

年 月 日

大山崎町長 様

住所 _____

保護者氏名 _____

電話番号 _____

生徒との続柄 _____

学校給食の停止・再開を次のとおり希望するので、届け出ます。

フリガナ		生年月日	
給食を受ける者の氏名		年 月 日	
学年等		年 組 番	
停止	停止をする日	年 月 日から 年 月 日まで ※終了日が不明確な場合は年度末（3月31日）の日を記載	
	停止する給食の区分 ※いずれかに○	1 牛乳 2 パン 3 学校給食の全て	
	理由 ※いずれかに○	1 食物アレルギー 2 その他（疾病等具体的な理由を記入してください。） []	
再開	再開する日	年 月 日	
	再開する給食の区分 ※いずれかに○	1 牛乳 2 パン 3 学校給食の全て	
	理由		

(注意事項)

- ・この届出は、停止・再開の予定日から起算して5日前までに学校へ提出してください。
- ・食物アレルギーが改善し、給食を再開する際は、医師の診断書を合わせて提出してください。
- ・なお、本届出書は年度ごとに学校へ提出していただきます。