

令和5年8月3日

第5学年保護者様

北九州市立貫小学校
校長 大谷 久美

自然教室について【健康調査等】

5年生としての生活も、早いもので1学期を終え、それぞれに楽しい夏休みを過ごしていることと思います。さて、9月26日より自然教室を下記の通り予定しております。安全に実施できるよう、準備中です。宿泊を伴う行事ですので、下記内容をご覧ください、紙面に記入してご提出をお願いします。提出期限は2学期第1週目の週末、9月1日(金)とさせていただきます。期限まで短い時間となりますが、ご協力のほどよろしくをお願いします。(8月26日の始業式の日には手紙として配布いたします。)

記

- 1 目的：○自然の中での集団宿泊生活や野外活動などの体験を通して、自然を大切にする心を養い、あわせて小学校生活の楽しい思い出をつくる。

○集団生活を通して、友愛・規律・協力・奉仕の心情、及び公衆道徳を体得する。

- 2 実施日：9月26日(火)～9月27日(水)
※前日25日(月)は、準備の為給食後下校になります。
- 3 場所：北九州玄海青年の家(北九州市若松区大字竹並126-2)
- 4 活動内容：9月26日(火) カヌー体験
室内ボルダリング
室内スポーツ
ナイトハイク

9月27日(水) アンダルシア姫を救え！(班活動)

- 5 その他：○保護者説明会は動画配信(8月下旬)+対面説明会(9月1日)で行います。持ち物等につきましては、学校ホームページ等をご覧ください。○カヌー体験で、カヌー用の靴・服が必要になります。かなり落ちづらい汚れがつくことが予想されます。ご了承ください。○野外での活動が多く、男女ともに長そでと長ズボンの着用をお願い致します。○体調の急変等によりお迎えをお願いする場合があります。その場合は後述していただく電話番号に連絡させていただきます。

①緊急連絡先について ※確実に連絡がつく番号を記入してください。

5年 組 番

児童名： _____ 保護者名： _____ 印

住所：北九州市 _____

| | |
|-------|---------------------------------------|
| 電話番号： | 例 (093-471-7030) (母職場) (8時~17時) |
| | ① () () () |
| | ② () () () |
| | ③ () () () |

②アレルギー対応について

1) 食品アレルギーについて

青年の家で提供する食事・おやつにアレルギー対応を

| | |
|-------|--------|
| 希望します | 希望しません |
|-------|--------|

食事に関しては、除去になります。学校ホームページに掲載されている資料1～5をご覧ください。アレルギー対応を希望されるお子さまは、下記の表にご記入ください。

| 一日目 (26日) | 二日目 (27日) |
|---|---|
| 昼食○こんこんカレーライス (こんにゃく&れんこん入り) ○ごぼうサラダ ○おぼろスープ ○フルーツミックス 夕食○チキン南蛮タルタルソース ○にんじんグラッセ・ブロッコリー ○青のりポテト・温野菜 ○厚揚げと野菜の煮物 ○もやしとちんげんさいの白湯スープ ○ご飯・いちごゼリー (手作り) | 朝食○ミートオムレツ ○炒めウインナー ○高野豆腐と野菜の煮物 ○味噌汁 ○ごはん・さけふりかけ 昼食○ミートソーススパゲティ ○キャベツとちくわのツナサラダ ○ポパイスープ ○パン・いちご&マーガリン ○ぷるんとこんにゃくゼリー (おやつ) ○アクエリアス |

アレルギー食材について

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| ①食材 | | | |
| ②食べたときの症状 | | | |
| ③症状が出たときの対応 | | | |
| ④薬の服用の有無 (薬の名前、服用方法など) | | | |

2) その他のアレルギーについて

その他アレルギーが

| | |
|----|----|
| ある | なし |
|----|----|

| | | | |
|---------------------------|--|--|--|
| ①アレルギーを起こすもの | | | |
| ②その症状 | | | |
| ③症状が出たときの対応 | | | |
| ④薬の服用の有無 (薬の名前、服用方法など) | | | |

③身体的配慮について

胃痛・腹痛をおこしやすい
発熱しやすい
喘息の発作がある
けいれん、ひきつけがある

1) 身体的配慮が必要な症状

が

ある なし

※あるに○をつけられた場合は、具体的な対応等ご記入ください。

| | |
|---------------------------|--|
| ①最後に症状がでたのは？ | |
| ②症状が出たときの対応 | |
| ③薬の服用の有無 (薬の名前、服用方法など) | |

2) 二日間の活動中服用する薬が

ある なし

※あるに○を付けられた場合は、詳しく薬の数、服用の時間や方法をご記入ください。
変更等がある場合は、出発前までにお知らせください。

例) 薬名 (ロキソニン) 対応 (頭痛発生時2錠・食後又は就寝前)
薬品 (ロコイド) 対応 (風呂上り・背中に塗布)

3) バスに乗る際、酔い止めを服用

する しない

※するに○をつけられた場合は、服用するタイミングをご記入下さい。

| |
|--|
| |
|--|

4) 活動中の虫よけスプレーの使用

できる できない

5) 夜尿をすることが

ある なし

※あるに○をつけられた場合は、起こしてほしい時間等ご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

6) その他、配慮を要する事項がある場合やご相談がある場合は、ご記入ください。

例) 生理中の場合は、お風呂は別にしてほしい。

| |
|--|
| |
|--|