様式第３

　　　　年　　月　　日

春日部市長　　　　　あて

春日部市学校給食停止（再開）届

　　　　　　　　　　　保護者等　　住　所

　　　　　　　　　　（納入義務者） 氏　名

　　　　　　　　　　　 　　　　　電話番号

　　　　　　 　　　　児童・生徒等との続柄

次の児童又は生徒について、学校給食の停止・再開を希望するため、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象となる児童・生徒 | 学校名 | 　　　　学校 |
| 学年・組 | 　　　　　年 | 生年月日 |
| 　　　　　組 | 　　　年　　月　　日生 |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 停止期間 | 　　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日　まで |
| 再 開 日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 停止理由 | □　傷病等による欠席□　転出・市立学校以外への転校□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注）

１　学校給食の停止・再開を希望する児童・生徒１人につき１枚ずつ記入してください。

２　傷病等による給食停止は、土・日・休日を除き５日以上連続で停止する場合に限ります。また、嗜好による給食停止は認められません。

３　この届は、停止・再開を希望する日の３日（土・日・休日を除く。）前までに提出してください。（すでに傷病等により学校給食の提供を受けていない場合は、提出の３日後（土・日・休日を除く。）から学校給食費の額の調整（減額）を行います）

４　停止期間の途中で再開するときは、再開届を提出してください。