

Dyrektor
Zespołu Szkolno - Przedszkolnego w Męcince

WNIOSEK O ZASTOSOWANIE DIETY POKARMOWEJ

Proszę o stosowanie u mojego dziecka.....

(imię i nazwisko dziecka)

data urodzenia

diety pokarmowej eliminującej/zastępującej podczas codziennego żywienia w przedszkolu.

Informuję, że moje dziecko ma zdiagnozowaną i potwierdzoną przez lekarza alergologa
nietolerancję na produkty.....

.....
.....

(informacja z zaświadczenia lekarskiego)

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Dyrektora ZS-P w Męcince w przypadku
zaistnienia zmian w rozpoznaniu alergii u mojego dziecka.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Załącznik:

1. Zaświadczenie lekarskie od alergologa potwierdzające alergię u dziecka