Załącznik nr 3

 do Zarządzenia w sprawie określenia warunków korzystania ze stołówki szkolnej

 **Zespół Szkolno-Przedszkolny**

 **w Woli Kiełpińskiej**

**WNIOSEK O ZASTOSOWANIE DIETY POKARMOWEJ**

 Proszę o zastosowanie u mojego dziecka

…………………………………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko ucznia/dziecka)

 ……………………………………………………….. …………………………………………………………. ………………………….. . ( data urodzenia /klasa)

**diety pokarmowej eliminującej /zastępującej**

 podczas spożywania obiadu/ posiłku w szkole.

Informuję, że moje dziecko ma zdiagnozowaną i potwierdzoną przez lekarza nietolerancję na pokarmygrupy………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ………………………….

 ( informacja z zaświadczenia lekarskiego)

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Dyrektora oraz Intendenta szkoły w przypadku zaistniałych zmian w rozpoznaniu alergii u mojego dziecka.

Załącznik :

1. Zaświadczenie lekarskie.