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.