

**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.

