

.....
(imię i nazwisko)

Lesznowola, dnia

.....
(adres)

.....
(telefon)

.....
(e-mail)

Sz. P
Dyrektor Zespołu Szkolno-Przedszkolnego
im. Noblistów Polskich w Lesznowoli

WNIOSEK O ZASTOSOWANIE DIETY ELIMINACYJNEJ

Proszę o stosowanie u mojego dziecka:

..... data ur.

klasa / grupa diety eliminacyjnej podczas spożywania
obiadów / posiłków.

Informuję, że moje dziecko:

1) ma zdiagnozowaną i potwierdzoną przez lekarza nietolerancję na pokarmy z grupy :

.....
.....
.....
.....
.....

(informacja z zaświadczenia lekarskiego)

Oświadczam, że zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia szkoły w przypadku zaistnienia zmian w rozpoznaniu alergii u mojego dziecka. Zobowiązuję się także do zgłaszania absencji na posiłkach w dniu roboczym poprzedzającym nieobecność.

Do wniosku dołączam następujące załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające alergię u dziecka
2. Wykaz składników eliminowanych z diety lub dopuszczonych pomimo alergii.

.....
(podpis rodzica / opiekuna)