............................................................... Lesznowola, dnia …………………………………….
(imię i nazwisko)

................................................................
(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 grupy :

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
(*informacja z zaświadczenia lekarskiego*)

Oświadczam, że zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia szkoły w przypadku zaistnienia zmian w rozpoznaniu alergii u mojego dziecka.

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)*