............................................................... 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)*