

1. sz. melléklet

SZÜLŐI EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT DIÉTÁS ÉTREND IGÉNYBEVÉTELÉNEK SZÜKSÉGESSÉGÉRŐL

Szülő, törvényes képviselő neve: _____

Lakcím: _____

Telefonszám: _____

Gyermek neve: _____

Születési dátuma: _____

Lakcíme: _____

Aláírással igazolom, hogy fent nevezett gyermekem:

ételallergiás / nem ételallergiás.

(A megfelelő aláhúzendó)

Nyilatkozom, hogy gyermekem az alábbi összetevők vonatkozásában rendelkezik ételallergiával:

Fentiek alapján nyilatkozom, hogy gyermekem után diétás étkeztetés biztosítását

kérem / nem kérem.

(A megfelelő aláhúzendó)

Aláírással hozzájárulok, hogy gyermekem ételallergiával kapcsolatos adatait az étkeztetésben résztvevők megismerjék és kezeljék.

Kelt: _____, _____ év _____ hónap _____ nap

szülő/törvényes képviselő aláírása

Csatolandó melléklet: diétás étkeztetés szükségességét alátámasztó orvosi igazolás

