

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....  
( adres)

.....

(nr telefonu)

**Szkoła Podstawowa im. Mikołaja Kopernika  
w Serocku**

**WNIOSEK O ZASTOSOWANIE DIETY POKARMOWEJ**

Proszę o zastosowanie u mojego dziecka .....  
(imię i nazwisko ucznia)

.....  
(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  
pokarmy grupy.....

.....

.....

.....

( 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. Oświadczenie rodzica / (opiekuna prawnego) potwierdzające alergię u dziecka.

.....  
podpis rodzica / (opiekuna prawnego)