|  |  |
| --- | --- |
| 75x60 | **SZÜLŐI/GONDVISELŐI NYILATKOZAT****Diétás szolgáltatás igénylés esetén** |

Kiadás dátuma:

Alulírott

|  |  |
| --- | --- |
| Szülő/gondviselő neve: |  |
| Értesítési cím: |  |
| Értesítési telefonszám: |  |

felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy gyermekem

|  |  |
| --- | --- |
| Név: |  |
| Születési hely és idő: |  |
| Lakcím: |  |
| Látogatott intézmény neve: |  |
| Látogatott intézmény címe: |  |

az alábbi speciális táplálkozási igénnyel rendelkezik:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Eliminálandó (kizárandó) élelmiszerek felsorolása | Diéta megnevezése **szakorvosi igazolás**nak megfelelően:  |  |