5. számú melléklet

Diétás igénylőlap.

 Szakorvosi csatolás kötelező!

|  |  |
| --- | --- |
| Beérkezés dátuma: |  |
| Diétás neve: |  |
| Születési idő , hely: |  |
| Cím: |  |
| Anyja neve: |  |
| Telefonszáma: |  |
| Intézmény neve: |  |
| Intézmény címe: |  |
| Osztály/csoport |  |
| Szakorvosi igazolás csatolva | IGEN | NEM |
| Érzékenység típusa(aláhúzni) | glutén, tejcukor, tojás, tejfehérje, diabétesz, mogyoró |
| Étkezés típusa |  tízórai, ebéd,uzsonna,  |
| Kód |  |
| Igénybevétel kezdete: |  |
| dátum: | Almásfüzitő |
| szülő aláírása: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

S Z Ü L Ő I K É R E L E M

Alulírott, ……………………………………………………………….. szülő kérem ……………………………………………………………………………. nevű …………. osztályos gyermekem részére az orvos által előírt diétás étkezést biztosítani szíveskedjenek.

 Almásfüzitő, 20……. év …………………………………….. hónap ……. nap

……………………………………………………… szülő aláírás