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