Dn. ………………………………………………………

……………………………………………………………………

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

Adres

……………………………………………………..……………

Telefon

**Dyrektor**

**Przedszkola Gminnego w Boninie**

**WNIOSEK O ZASTOSOWANIE DIETY ALERGICZNEJ**

Proszę o zastosowanie u mojego dziecka …………………………………………………………………………………………………………................

data ur. …………………………………..…………… , grupa przedszkolna ………………………………………………………………………………………………

diety alergicznej/eliminującej/zastępczej, podczas codziennego żywienia w przedszkolu.\*

lub innej ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Informuję, że moje dziecko ma zdiagnozowaną i potwierdzoną zaświadczeniem lekarskim nietolerancję na następujące pokarmy

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Inne wskazówki dotyczące żywienia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia dyrektora przedszkola
w przypadku zaistnienia zmian w rozpoznaniu alergii u mojego dziecka.

Do wniosku dołączam następujące załączniki:

- zaświadczenie lekarskie potwierdzające alergię u dziecka

- wykaz produktów eliminacyjnych

……………………………………….………………………………

Podpis rodzica/opiekuna

\* Właściwe podkreślić