……………………………………… Iłża, dn…………………………

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

……………………………………

Adres

…………………………………

Telefon

**Dyrektor**

**Samorządowego Przedszkola w Iłży**

**WNIOSEK O ZASTOSOWANIE DIETY ALERGICZNEJ**

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

data ur……………………………………PESEL…………………………………………………………………………

grupa przedszkolna…………………………………………………………………………………………………………

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

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

Inne wskazówki dotyczące żywienia:

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

Do wniosku dołączam następujące załączniki:

**- zaświadczenie lekarskie potwierdzające alergię u dziecka**

**……………………………………………**

**Podpis rodzica/opiekuna**