............................................................... Łęczyca, dnia …………………………………….
(imię i nazwisko)

................................................................
(adres)
 ................................................................
(telefon)

Sz. P …………………………………………………….
**Dyrektor Przedszkola nr 1 w Łęczycy**

**WNIOSEK O ZASTOSOWANIE DIETY ALERGICZNEJ**

Proszę o stosowanie u mojego dziecka:

.……................................................................................................................. data ur. …………………………

PESEL...................................................................diety alergicznej eliminującej/zastępującej podczas codziennego żywienia w Przedszkolu.
Informuję, że moje dziecko:

1) ma zdiagnozowaną i potwierdzoną przez lekarza nietolerancję na pokarmy grupy :

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
 ( informacja z zaświadczenia lekarskiego)

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

Do wniosku dołączam następujące załączniki:
1. Zaświadczenie lekarskie potwierdzające alergię u dziecka

2. ………………………………………………………………………………………

……………….………………………………
 (podpis rodzica, opiekuna)