............................................................... 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)