Publiczne Przedszkole Nr 1

Im. Krasnala Hałabały

Ul Kościuszki 6

05-230 Kobyłka

Załącznik nr 2

Kobyłka, dnia………………….

Deklaracja o stosowaniu diety eliminacyjnej/specjalnej

Informuje, że moje dziecko (imię, nazwisko, grupa przedszkolna)

……………………………………………………………….…………………………………..

Wymaga stosowania diety/ma alergię/nietolerancję

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Zobowiązuję się dostarczyć do placówki przedszkola zaświadczenie lekarskie potwierdzające zasadność stosowania ww. diety.

Zobowiązuje się również informować placówkę przedszkola o wszystkich zmianach dotyczących żywienia mojego dziecka.

………………………………

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

Numer telefonu do kontaktu………………………………………..