Žádost o poskytování dietního stravování

*Podle § 2 odst. 4 vyhlášky č. 107/2005 Sb., o školním stravování, ve znění pozdějších předpisů*

|  |  |
| --- | --- |
| Název školy: |  |
| Adresa školy: |  |
| Jméno a příjmení dítěte: |  |
| Datum narození: |  |
| Bydliště: |  |
| Jméno registrujícího poskytovatele zdravotní péče (pediatr, u něhož je dítě zaregistrováno): |  |
| Název požadované diety (nehodící se škrtněte): | Bezlepková  Nízkobílkovinná  Šetřící  Redukční  Diabetická  Dieta při onemocnění jater  S vyloučením potravinového alergenu, a to konkrétně: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jiná dieta (specifikujte):  ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Datum: |  |
| Podpis zákonného zástupce dítěte: |  |

Příloha – potvrzení registrujícího pediatra o potřebě dietního stravování