Katowice, dnia…………………….

…………………………….

(imię, nazwisko)

…………………………… Miejskie Przedszkole Nr 35

((adres zamieszkania) w ZSO1 im. Kopernika

 w Katowicach

OŚWIADCZENIE

O STOSOWANIU DIETY ELIMINACYJNEJ W ALERGII POKARMOWEJ

Proszę o stosowanie u mojego dziecka………………………………………………………

data urodzenia……………………………………PESEL………………………………......
**diety eliminującej/zastępującej** podczas codziennego żywienia w Przedszkolu.

Informuję, że moje dziecko ma zdiagnozowaną i potwierdzoną przez lekarza nietolerancje na pokarmy:………………………………………………………………………………………..

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

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

Oświadczam, że zobowiązuje się do natychmiastowego powiadomienia dyrektora placówki
w przypadku zaistnienia zmian w rozpoznaniu alergii u mojego dziecka.