



SZÜLŐI/GONDVISELŐI NYILATKOZAT

Diétás szolgáltatás igénylés esetén

Kiadás dátuma:

Alulírott

Szülő/gondviselő neve:	
Értesítési cím:	
Értesítési telefonszám:	

felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy gyermekem

Név:	
Születési hely és idő:	
Lakcím:	
Látogatott intézmény neve:	
Látogatott intézmény címe:	

az alábbi speciális táplálkozási igénnyel rendelkezik:

Eliminálendő (kizárandó) élelmiszerek felsorolása	Diéta megnevezése szakorvosi igazolás nak megfelelően:	
--	---	--