Wrocław, dnia.................................

..........................................................

*/imię i nazwisko wnioskującego/*

..........................................................

*/adres/*

..........................................................

**Dyrektor Przedszkola nr 121**

 **„Zielonego Przedszkola”**

 **51-621 Wrocław, ul. Tramwajowa 34**

**WNIOSEK –STOSOWANIE DIETY W ŻYWIENIU DZIECKA**

**w roku szkolnym ………………………..**

Na podstawie badań lekarskich proszę o zastosowanie dla mojego dziecka:

……………………………………………..………………………ur.………………………

**diety** polegającej na eliminacji następujących produktów: /proszę opisać szczegółowo/

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

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

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

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

 I zastąpienia ich następującymi produktami:

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

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

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

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

Przedkładam zaświadczenie od lekarza – alergologa o konieczności stosowania diety.

……………………………………………

*podpis rodzica/opiekuna prawnego*