|  |  |
| --- | --- |
| Data wypełnienia: |   |
|  |  |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA DIETY*- tylko kompletnie wypełniony formularz zostanie przyjęty -*** |
|  |  |
| **PROSZĘ WYPEŁNIAĆ TYLKO ŻÓŁTE POLA.** | **FORMULARZ DOTYCZY JEDNEGO DZIECKA.** |
|  |  |
| *Nazwa placówki:* |  |
|  |  |
| *Imię i nazwisko dziecka, klasa (dot. szkół):* |   |
| *E-mail oraz telefon kontaktowy do rodzica:* |   |
|  |   |
|  |  |
|  |  |
| ***Rodzaj diety (alergen podlegający ograniczeniu)*** | ***Proszę zaznaczyć wybraną dietę „X”*** |
| **bezmleczna** |   |
| **bezglutenowa** |   |
| **bezjajeczna** |   |
| **wegetariańska** |   |
| **bezcukrowa** |   |
| **inna, proszę opisać:** |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|  |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|  |  |
| ***Z czyjego wskazania realizowana jest dieta?*** | ***lekarza*** |
|  | *\*skreślić lub usunąć niepotrzebne* |
|  |  |
| ***produkty ZABRONIONE*** | ***produkty DOZWOLONE*** |
|   |   |
|  |  |
| ***UWAGI:*** |
|   |