

Žiadosť

o posúdenie zdravotného stavu v súvislosti s § 140 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods. 5 písm. d, vyhlášky č. 330/2009 Z.z. o zariadení školského stravovania.

Týmto žiadam ošetrojúceho lekára – špecialistu o posúdenie zdravotného stavu môjho syna/dcéry, či vyžaduje osobitné stravovanie – diétnu stravu.

Meno a priezvisko dieťaťa:

Bydlisko:

Škola/školské zariadenie:

Telefón: E-mail:

Dátum: Podpis zákonného zástupcu:

Ošetrojúci lekár

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Špecializácia:

Telefón:

Týmto potvrdzujem, že vyššie uvedené dieťa si vyžaduje osobitné stravovanie:

- 1, Diéta bezlepková
- 2, Diéta bezmliečna
- 3, Diéta bezlepková aj bezmliečna

Diétne stravovanie si dieťa vyžaduje v čase (dátum): oddo

Dátum: Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára:

*zakrúžkujte číslo stanovenej diéty