

Kobierzyce, dnia

.....

/ imię i nazwisko wnioskującego /

Dyrektor
Przedszkola Samorządowego w Kobierzycach
ul. Robotnicza 19a
55-040 Kobierzyce

OŚWIADCZENIE O STOSOWANIE DIETY W ŻYWIENIU DZIECKA w roku szkolnym 2025/2026

Na podstawie badań lekarskich proszę o zastosowanie dla mojego dziecka

..... ur.
.....

Diety polegającej na eliminacji następujących produktów/ proszę opisać szczegółowo:

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

Oświadczam, że dziecko może spożywać następujące produkty:

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

Przedkładam zaświadczenie od lekarza – alergologa o konieczności stosowania diety.

.....