

Žádost o poskytování individuálního stravování

Podle § 2 odst. 4 vyhlášky č. 107/2005 Sb., o školním stravování, ve znění pozdějších předpisů

Název školy:	Mateřská škola Beranov, příspěvková organizace
Adresa školy:	Kobyliská 1201/3, 184 00, Praha – Dolní Chabry
Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Jméno registrujícího poskytovatele zdravotní péče (pediatr, u něhož je dítě zaregistrováno):	
Název požadované diety (nehodící se škrtněte):	Bezlepková Nízkobílkovinná Šetrčí Redukční Diabetická Dieta při onemocnění jater S vyloučením potravinového alergenu, a to konkrétně: _____ Jiná dieta (specifikujte): _____
Datum:	
Podpis zákonného zástupce dítěte:	

Příloha – potvrzení registrujícího pediatra o potřebě dietního stravování