

.....
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

Białystok, dn.

Tel. kont.:

Dyrektor
Zespołu Szkolno – Przedszkolnego Nr 2
Przedszkole Samorządowe Nr 84
ul. K. Pułaskiego 25
15 – 337 Białystok

OŚWIADCZENIE

Informuję, że moje dziecko, gr.
jest alergikiem pokarmowym i jest uczulone na następujące produkty mleczne:

1.
2.
3.
4.
5.

W związku z powyższym zwracam się z prośbą o zastosowanie wobec mojego dziecka **diety eliminacyjnej**, wykluczającej produkty powodujące alergię od dnia
do końca roku szkolnego.

Do oświadczenia dołączam zaświadczenie lekarskie.

W przypadku pojawienia się zmian w powyższej kwestii zobowiązuję się do jak najszybszego poinformowania personelu Przedszkola.

.....
(Czytelny podpis rodzica/opiekuna)