**Žádost o dietní stravování**

Jména a příjemní zákonného zástupce …………………………………………………………………………….

Kontaktní adresa zákonného zástupce…………………………………………………………..…………………

(telefon…………………………………, e-mail:…………………………………………………..)

Jakožto zákonný zástupce žáka žádám o přípravu dietní stravy podávané ve školní jídelně na Základní škole, Brno, Gajdošova 3. pro žáka (jména, příjmení) ………………………………………………, narozeného (datum)…………………………….

Na základě přiloženého lékařského potvrzení žádám o dietu:

Bezlepkovou

Bezlaktózovou

Diabetickou

Jinou – uveďte …………………………………………………………………………………………………………..

Prohlašuji, že jsem seznámen(a) s podmínkami, které jsou pro přihlášení dítěte k dietnímu stravování stanoveny ve Směrnici pro dietní stravování ve školní jídelně, která přístupná v dokumentaci v informačním systému AES.

Beru na vědomí, že pokud požaduji bezmléčnou dietu či jinou, než jaké jsou uvedeny ve výčtu, bude mne kontaktovat nutriční terapeut a individuálně posoudí, zda je možné, aby mé žádosti bylo vyhověno.

K žádosti přikládám potvrzení ošetřujícího praktického lékaře, které je nutnou součástí.

V Brně dne ……………………………………….

…………………………………………………………..

podpis žadatele (zákonného zástupce)