



Žádost o poskytování dietního stravování podle § 2. odst. 4 vyhlášky č. 107/2005 Sb.
o školním stravování, ve znění pozdějších předpisů

Název školy		
Adresa školy		
Jméno a příjmení dítěte		
Datum narození		
Bydliště		
Jméno registrujícího poskytovatele zdravotní péče (pediater, u něhož je dítě zaregistrováno)		
Název požadované diety (nehodící se škrtněte)	<input type="checkbox"/> bezlepková <input type="checkbox"/> šetrčí <input type="checkbox"/> diabetická <input type="checkbox"/> s vyloučením potravinového alergenu, a to konkrétně <input type="checkbox"/> jiná dieta (specifikujte)	<input type="checkbox"/> nízkobílkovi <input type="checkbox"/> redukční <input type="checkbox"/> dieta při onemocnění jater
Datum narození		
Podpis zákonného zástupce dítěte		

Příloha: Potvrzení registrujícího pediatra o potřebě dietního stravování