

**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 (pediatr, 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