**Žiadosť**

**O posúdenie zdravotného stavu v súvislosti s § 140 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a §3 ods. 5 písm. d)vyhlášky č. 330/2009 Z.z. o zariadení školského stravovania**

Týmto žiadam ošetrujúceho lekára – špecialistu o posúdenie zdravotného stavu môjho syna/dcéry, či vyžaduje osobitné stravovanie – diétnu stravu.

Meno a priezvisko dieťaťa:..............................................................................................................................................

Bydlisko:..........................................................................................................................................................................

Škola / školské zariadenie:..............................................................................................................................................

Telefón:.........................................................................E-mail:......................................................................................

Číslo účtu v tvare IBAN na vyplatenie dotácie:................................................................................................................

Dátum:......................................... Podpis zákonného zástupcu:.................................................

**Ošetrujúci lekár:**

Meno a priezvisko lekára:...............................................................................................................................................

Kód lekára:............................................................. Špecializácia:..............................................................................

Telefón:............................................................E-mail:....................................................................................................

1. Diéta bezlepková

2. Diéta bezmliečna

3. Diéta pri crohnovej chorobe a ulceroznej cilitíde

4. Diéta diabetes melitus

5. Diéta pri cystickej fibróze

6. Diéta šetriaca

7. Diéta vysoko bielkovinová

8. Diéta hypoalergénna

9. Diéta redukčná

Diétne stravovanie si dieťa vyžaduje v čase (dátum) od...............................................do..................................................

Dátum:................................................... Podpis ošetrujúceho lekára:...........................................

\*zakrúžkujte poradové číslo stanovenej diéty