

SZÜLŐI/ GONDVISELŐI NYILATKOZAT DIÉTÁS SZOGÁLTATÁSOKRÓL

Alulírott

Szülő/ gondviselő neve:.....

E-mail cím:.....

Értesítési telefonszám:.....

Felelősségem teljes tudatában nyilatkozom, hogy gyermekem

Név:.....

Születési hely és idő:.....

Lakcím:.....

Látogatott intézmény neve:.....

Látogatott intézmény címe:.....

Az alábbi speciális táplálkozási igénnyel rendelkezik, melynek alátámasztására jelen nyilatkozatomhoz mellékelem a szakorvosi igazolást:

.....

Diéta megnevezése a szakorvosi igazolásnak megfelelően:

.....

Tudomásom van róla, hogy gyermekem szakorvosi igazolásán meghatározott ételallergiája akár súlyos, anafilaxiás reakciót is kiválthat: igen / nem

Ha igen a válasz, kérjük adja meg az anafilaxiás reakciót kiváltó allergént, allergéneket:

.....

A fent megjelölt diétás igény teljesítését a Dabasi Intézményfenntartó Központ az alábbiak szerint vállalja:

A diétás igény elbírálásban a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV.30.) EMMI rendelet előírásait tekintjük irányadónak.

A konyha több allergén összetevő nélkül készíti egységesen ételeit, ezért előfordulhat, hogy a diétában fogyasztott ételből kimarad más allergén alapanyag is.

Gluténmentes diétánál: a főzőkonyha nem használ glutén tartalmú termékeket, azonban a konyha kialakítása, valamint az ételkészítési technológiák miatt a 100% gluténmentességet nem lehet garantálni. Ennek oka, hogy a lisztmentes ételek egy légtérben készülnek a többi diétával, így a keresztszennyeződés lehetőségét kizárni nem tudjuk.

Vállalt diéta típus:.....

Nem vállalt diéta típus:.....

A fentiek értelmében, mint a diétás szolgáltatásban részesülőellátott /gondviselője elfogadom, hogy a Dabasi Intézményfenntartó Központ kizárólag a fentiek szerint vállalt diéta típust tudja biztosítani.

Aláírással igazolom, hogy a gyermekem részére igényelt diéta biztosítását a fenti feltételekkel elfogadom és azt a gyermekemet kezelő szakorvossal egyeztettem. A nyilatkozat mellékleteként csatolom a szakorvos által kiállított igazolást.

Vállalom, hogy az érvényes szakorvosi vizsgálat lejárta előtt három hónappal elvégeztem a gyermek felülvizsgálatát (hogy az igazolás folyamatos és érvényes legyen).

Jelen nyilatkozat, illetve a csatolt szakorvosi igazolás együtt érvényes és szükséges az igényelt diéta megrendeléséhez.

Kijelentem, hogy a Dabasi Intézményfenntartó Központ által vállalt diéta típust

elfogadom: igen / nem

Hely / Dátum:

Szülő / gondviselő aláírása:.....

Melléklet. szakorvosi igazolás