

Kérelem étkezéshez a 2026/27. tanévre

..... nevű osztályos **gyermekem**
részére étkezést szeretnék rendelni 2026. hónap naptól,
a(z) intézményben a következők
szerint:

- tízórai+ebéd+uzsonna
- csak ebéd

Kedvezmények tekintetében kijelentem, hogy:

- nem vagyok kedvezményre jogosult*
- normatív kedvezményre vagyok jogosult* - (további dokumentum(ok) kitöltése szükséges)

Gyermek oktatási azonosítója:

Kérelmező neve:

címe:

telefonszáma:

email címe:.....

Fizetési mód:

- banki átutalás
- bankkártya
- csekk
- SZÉP kártyával

Tudomásul veszem, hogy amennyiben az étkezési díjat aktuális hónap 15-ig nem fizetem meg, és ez által díjhátralékom keletkezik, gyermekem a kiegyenlítés napjáig az intézményben nem részesül étkeztetésben.

Amennyiben gyermekem – betegség, családi vagy egyéb okok miatt – az iskolában nem jelenik meg, úgy ezt köteles vagyok a hiányzás első napján délelőtt 9:00 óráig jelezni az iskola felé.

Az étkezéseket adott napon délelőtt 9:00 óráig a következő munkanapra lehetséges lemondani vagy megrendelni. A délelőtt 9:00 óra után beérkezett lemondások vagy megrendelések két munkanappal későbbi időpontra könyvelhetők. Fontos, hogy az ingyenes étkezést igénybe vevők is mondják le étkezésüket hiányzás esetén.

Tudomásul veszem, hogy az étkezésben bekövetkezett változást (módosítás, megszüntetés és újrairányítás) írásban jelzem az intézmény felé.

Kérjük, amennyiben a megadott adatokban változás történik, azt az iskola titkárságán jelezze, az iskolai és/vagy a Dabasi Intézményfenntartó Központ** honlapjain megadottak szerint!

Dabas, 2026. hó

.....

szülő/gondviselő aláírása

*A csillaggal jelöltek közül a megfelelőt szíveskedjen megjelölni!

** daket.hu

KITÖLTÉSI SEGÉDLET A - KÉRELEM ÉTKEZÉSHEZ – NYOMTATVÁNYHOZ

Kérjük, hogy:

- kérelmét **önállóan vagy meghatalmazott segítségével** juttassa el hozzánk! Gyermek NEM intézkedhet ezügyben.
- **kedvezményeinek érvényesítéséhez** szerezze be az összes szükséges igazoló okmányt/okiratot, mert **azok hiányában csak teljes árú** étkezést tud gyermekének igényelni! Ezen okiratok **eredeti példányát** hozza magával, melyeket a beiratkozás helyszínén lemásolunk. Ezen iratok **mindegyike a tanévkezdéshez képest legalább +30 nap** érvényességgel kell rendelkezzen!
- gyermekének **teljes nevét** adja meg, a gyermek személyes okmányainak megfelelően!
- tüntesse fel a gyermek a címben jelzett tanévben aktuális osztályának **pontos** megjelölését! **(Például: 4. a)**
- töltsse ki a gyermek **intézményének megnevezését** is!
- mindenképp jelölje be, melyik étkezéseket szeretné igényelni!
- mindenképp jelölje be a kedvezményre való jogosultságát!
- töltsse ki az **oktatási azonosító** mezőit, melyhez a gyermek **diákigazolványán** megtalálja a 11 jegyű azonosítót!
- **kérelmezőként a szülő/gondviselő** nevét adja meg!
- címként azt a helyet adja meg, ahol a gyermek életvitelszerűen tartózkodik, annak érdekében, hogy amennyiben esetlegesen újabb vész helyzetben házhozszállítást igényelne, úgy a megfelelő címre lehessen kézbesíteni az igényelt ételt!
- adja meg emailcímét, hogy az étkezésekkel, ügyintézással kapcsolatos értesítéseket könnyebben, gyorsabban tudjuk kézbesíteni! Az emailcím megadása nem kötelező.
- amennyiben az étkeztetéssel kapcsolatos, a kérelmező adataitól **eltérő számlázási adatokat** szeretne megadni, azt a beiratkozáskor az ügyintézőnek jelezze!
- amennyiben az étkezést **meghatalmazott útján** szeretné igényelni, töltsse ki a MEGHATALMAZÁS nevű nyomtatvány, vagy annak megfelelő tartalmú kézzel írt dokumentumot használjon!

Köszönjük türelmét!

MEGHATALMAZÁS

Alulírott

(születési hely, idő:,

anyja neve:,

személyi igazolványának száma:,

lakcím:)

meghatalmazom-t

(születési hely, idő:,

anyja neve:,

személyi igazolványának száma:,

lakcím:),

hogy a Dabasi Intézményfenntartó Központ előtt gyermekem

.....

étkezésének megrendelése ügyében helyettem és nevemben eljárjon.

Jelen meghatalmazás év hó napig érvényes.

Dabas, év hó nap

.....

meghatalmazó

.....

meghatalmazott

Előttünk, mint tanúk előtt:

Tanú 1.:

Név:

Aláírás:

Lakcím:

Szem. ig. szám.:

Tanú 2.:

Név:

Aláírás:

Lakcím:

Szem. ig. szám.:

NYILATKOZAT

a Gyvt. 21/B. § (1) bekezdés b)-d) pontja és a Gyvt. 21/B. § (2) bekezdése szerinti ingyenes vagy kedvezményes intézményi gyermekétkeztetés igénybevételéhez

1. Alulírott (születési név:,

születési hely, idő, év hó nap anyja neve:

.....)

..... szám alatti lakos, mint a

1.1. nevű gyermek

(születési hely, idő, év hó nap anyja neve:

.....),

1.2. nevű gyermek

(születési hely, idő, év hó nap anyja neve:

.....),

1.3. nevű gyermek

(születési hely, idő, év hó nap anyja neve:

.....),

2. **szülője/más törvényes képviselője** * a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény 21/B. § (1) bekezdés b)-d) pontja és (2) bekezdése szerinti ingyenes vagy kedvezményes gyermekétkeztetés igénybevételét az alábbi jogcím alapján kérem, mivel a gyermek(ek):

rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesül év hónap napjától,

tartósan beteg vagy fogyatékos vagy családjában tartósan beteg vagy fogyatékos gyermeket nevelnek,

családjában három vagy több gyermeket nevelnek,

nevelésbe vételét rendelte el a gyámhatóság, vagy

utógondozói ellátásban részesül

3. Az étkeztetés biztosítását a kitöltött - **Kérelem étkezéshez** - nyomtatványnak megfelelően kérem.

4. Kérem diétás étrend biztosítását: **igen / nem** * a következő egészségi állapotra tekintettel:

.....

5. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a közölt adatok a valóságnak megfelelnek, egyúttal hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a gyermekétkeztetés normatív kedvezményének igénybevételéhez történő felhasználásához.

Dátum:

.....
az ellátást igénylő** aláírása

* a választott lehetőség aláhúzendó!

** (szülő, más törvényes képviselő, nevelésbe vett gyermek esetén az ellátást nyújtó nevelőszülő, intézményvezető, utógondozói ellátott fiatal felnőtt esetén az ellátást igénylő)

Szakorvosi igazolás sablon a diétás étkezés igényléséhez									
Diétás étkezést igénylő személy neve									
Születési helye, ideje									
TAJ-száma									
Szülő, gondviselő neve									
Telefonszáma									
E-mail címe									
Szakorvosi javaslat									
Szakorvos neve									
Szakorvos pecsétszáma									
Szakorvos működési nyilvántartási száma									
Szakorvosi licence időszak vége									
Szakorvos elérhetősége	Telefonszáma		E-mail címe						
Szakorvos típusa						<i>X-el jelölje</i>			
Endokrinológia és anyagcsere-betegségek ráépített szakképesítéssel rendelkező szakorvos									
Gasztroenterológia alap szakképesítéssel rendelkező szakorvos									
Diabetológiai licenccel rendelkező szakorvos									
Allergológia és klinikai immunológia ráépített szakképesítéssel rendelkező szakorvos									
Nefrológia alap szakképesítéssel rendelkező szakorvos									
Gyermek gasztroenterológia ráépített szakképesítéssel rendelkező szakorvos									
Neurológia alap szakképesítéssel rendelkező szakorvos									
Gyermek-neurológia ráépített szakképesítéssel rendelkező szakorvos									
Diétás étkezési igényt alátámasztó BNO-kód									
Kérjük jelölje a diéta típusát, típusait						<i>X-el jelölje</i>			
Glutént tartalmazó gabonaféle-mentes									
Tejfehérje-mentes									
Tejcukor-mentes									
Tojás- és a belőle készült termék-mentes									
Szójabab- és a belőle készült termék-mentes									
Földimogyoró- és a belőle készült termék-mentes									
Diófélé- és a belőle készült termék-mentes (mandula, mogyoró, dió, kesudió, pekándió, brazil dió, pisztácia, makadámia vagy queenslandi dió)									
Szezám- és a belőle készült termék-mentes									
Zeller- és a belőle készült termék-mentes									
Mustár- és a belőle készült termék-mentes									
Hal- és a belőle készült termék-mentes									
Rákféle- és a belőle készült termék-mentes									
Csillagfűrt- és a belőle készült termék-mentes									
Puhatestű- és a belőle készült termék-mentes									
Szulfit-mentes									
Egyéb, fel nem sorolt allergiát vagy intoleranciát okozó anyagok és termékek vonatkozásában előírt diéta megnevezése									
Kérjük vegye figyelembe, hogy táplálékallergia és táplálékintolerancia esetén, kizárólag a fogyasztók élelmiszerekkel kapcsolatos tájékoztatásáról szóló 1169/2011/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet II. Mellékletében felsorolt allergiát vagy intoleranciát okozó anyagok és termékek vonatkozásában kell az előírt diétás étrendet biztosítani.									
Szénhidrát anyagcsere zavar (kérjük jelölje a szénhidrát elosztást grammban kifejezve)				R:	T:	E:	U:	V:	Uv:
Egyéb diéta pontos megnevezése									
Kiállítás dátuma		év		hónap		nap			
Az igazolás érvényességének lejáratási ideje		<i>Jelölje x-el, vagy adja meg a dátumot</i>							
Az állapot véglegessége folytán rendszeres felülvizsgálat nem szükséges									
A kiállítástól számított 1 év									
A következő felülvizsgálat időpontja		év		hónap		nap			
<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> Orvosi pecsét, aláírás									

Háziorvosi / Házi gyermekorvosi / Iskolaorvosi ÁTMENETI igazolás sablon a diétás étkezés igényléséhez						
Diétás étkezést igénylő személy neve						
Születési helye, ideje						
TAJ-száma						
Szülő, gondviselő neve						
Telefonszáma						
E-mail címe						
Háziorvosi / Házi gyermekorvosi / Iskolaorvosi javaslat (a megfelelőt húzza alá)						
Orvos neve						
Pecsétszáma						
Működési nyilvántartási száma						
Licence időszak vége						
Elérhetősége	Telefonszáma		E-mail címe			
Diétás étkeztetési igényt alátámasztó BNO-kód						
Kérjük jelölje a diéta típusát, típusait						<i>X-el jelölje</i>
Tejfehérjementes						
Tejcukormentes						
Tojás- és a belőle készült termék-mentes						
Szójabab- és a belőle készült termék-mentes						
Földimogyoró- és a belőle készült termék-mentes						
Diófélé- és a belőle készült termék-mentes (mandula, mogyoró, dió, kesudió, pekándió, brazil dió, pisztácia, makadámia vagy queenslandi dió)						
Szezám- és a belőle készült termék-mentes						
Zeller- és a belőle készült termék-mentes						
Mustár- és a belőle készült termék-mentes						
Hal- és a belőle készült termék-mentes						
Rákfélé- és a belőle készült termék-mentes						
Csillagfürt- és a belőle készült termék-mentes						
Puhatestű- és a belőle készült termék-mentes						
Szulfitmentes						
<p>A háziorvos, a házi gyermekorvos vagy az iskola-egészségügyi ellátást végző iskolaorvos a diétás étkezést igénylő személy számára 2 éves korig, 2 éves kor felett a kiállítás napjától számított legfeljebb 6 hónap időtartamra állíthat ki igazolást, táplálékallergia vagy táplálékintolerancia diagnózisának felállítására céljából a fogyasztók élelmiszerekkel kapcsolatos tájékoztatásáról szóló 1169/2011/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet II. Mellékletében felsorolt allergiát vagy intoleranciát okozó anyagok és termékek vonatkozásában. Glutén tartalmú gabonafélék mentessége háziorvosi, házi gyermekorvosi vagy iskola-egészségügyi ellátást végző iskolaorvosi igazolással nem biztosítható!</p>						
Kiállítás dátuma						
	év		hónap		nap	
<i>Átmeneti igazolás a diétás étkezést igénylő személy 2 éves koráig, vagy a kiállítás napjától számított legfeljebb 6 hónapig állítható ki!</i>						
Az átmeneti igazolás érvényességének lejárat						
ideje	év		hónap		nap	
<hr/> Orvosi pecsét, aláírás						