

.....  
Imię i nazwisko rodzica

.....  
Data

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Telefon

## D E K L A R A C J A

### ALERGII POKARMOWEJ DZIECKA

**Oświadczam, że moje dziecko ..... ma stwierdzoną alergię pokarmową.**

Oświadczam, że w razie jakichkolwiek zmian dotyczących alergii pokarmowej u dziecka zobowiązuję się do natychmiastowego powiadomienia placówki na piśmie.

<b>Grupa</b>	
<b>Nazwisko i imię dziecka</b>	
<b>Rodzaj diety</b>	
<b>Produkty zabronione</b>	
<b>Produkty dozwolone</b>	

.....  
podpis rodzica