…………………………………….

imię i nazwisko rodzica

……………………………………

Adres zamieszkania

……………………………………..

Telefon

**DEKLARACJA ALERGII POKARMOWEJ DZIECKA**

Oświadczam, że moje dziecko……………………………………………………………………………ma stwierdzoną alergie pokarmową.

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

|  |  |
| --- | --- |
| GRUPA |  |
| Nazwisko i imię dziecka |  |
| Produkty zabronione |  |
| Produkty dozwolone |  |
| Data i podpis rodzica |  |