Руководителю МБОУ ДСШ №1
Штарк Ю.Л.

от
_____
(Фамилия, имя, отчество родителя или законного представителя)

проживающей по адресу:
_____

_____
тел.:
_____

Заявление

Прошу предоставить моему сыну / дочери,
_____,
(Фамилия, имя, отчество, год рождения)

-индивидуальное диетическое питание;
-возможность хранить в холодильнике, разогревать и питаться готовыми блюдами, принесенными из дома;
-на основании медицинского заключения и результата анализа крови на аллергены, в которых сказано, что:

1. У него / нее пищевая аллергия на:
   _____;
   _____;
   _____;
   _____;
   _____;
   _____;
   _____;
   _____;

2. Необходимо полностью исключить из его / ее рациона продукты, в которых содержатся данные аллергены.

К заявлению прилагаю:
1. Заключения врача от _____ № _____;
   (Дата)

_____ / _____
Подпись Расшифровка

«____» _____ 20 __ г.