**Informacja**

Informuję, iż na podstawie diagnozy lekarskiej moje dziecko………………………………………………………………

w związku z alergią pokarmową nie może spożywać niektórych pokarmów ( Informacja lekarska- zaświadczenie jeśli to możliwe do wglądu).

Poniżej wskazuję ewentualne możliwości zamiany produktów.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Produkty niedozwolone  | Produkty w ograniczanej ilości  | Proponowane zamienniki |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Jednocześnie, przyjmuję do wiadomości fakt, iż Przedszkole Miejskie Nr 126 w Łodzi jest placówką prowadzącą żywienie zbiorowe i w niektórych przypadkach nie będzie możliwości respektowania zaleceń lekarskich. Analizując dostępny jadłospis będę w stałym kontakcie z nauczycielkami i specjalistą ds. żywienia dążąc do uzyskania informacji jakiego produktu w danym dniu moje dziecko nie otrzyma.

 W sytuacji rygorystycznej diety i braku możliwości realizowania zaleceń medycznych przez Przedszkole, zobowiązuję się do dostarczenia zamiennych produktów po uzgodnieniu i wskazaniu ich przez specjalistę ds. żywienia bądź wypisania dziecka z placówki.

Liczba dostarczanych produktów musi uwzględniać próbkę dla PSSE.

Łódź, dn…………………………………………….. …………………………………………………………………..

 Podpis rodziców/opiekunów prawnych

**Uzgodnienia ze specjalistą ds. żywienia oraz pracownikami kuchni:**

1. codzienny/ tygodniowy wykaz produktów dozwolonych

2. produkt dostarczany do przedszkola:……………………………………………………………………………………………

 w ilości:………..……………………………………….. z częstotliwością:……………………………………………………………

3………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Potwierdzenie uzgodnień :

………………………………………………….. ……………………………………………………………….

Podpis rodzica Podpis specjalisty ds. żywienia