

## Žiadosť

**o posúdenie zdravotného stavu v súvislosti s § 140 ods. 5 zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov a § 3 ods.5 písm. d) vyhlášky č. 330/2009 Z.z. o zariadení školského stravovania.**

---

Týmto žiadam ošetrojúceho lekára – špecialistu o posúdenie zdravotného stavu môjho syna / dcéry, či vyžaduje osobitné stravovanie – diétnu stravu.

Meno a priezvisko dieťaťa: .....

Bydlisko: .....

Škola/školské zariadenie: .....

Telefón: ..... E-mail: .....

Číslo účtu v tvare IBAN na vyplatenie dotácie .....

Dátum:

Podpis zákonného zástupcu:

---

### Ošetrojúci lekár:

Meno a priezvisko lekára:

Kód lekára:

Špecializácia:

Telefón:

E-mail:

1. Diéta bezlepková
2. Diéta bezmliečná
3. Diéta pri crohnovej chorobe a ulceróznej cilitíde
4. Diéta diabetes melitus
5. Diéta pri cystickej fibróze
6. Diéta šetriaca
7. Diéta vysoko bielkovinová
8. Diéta hypoalergénna
9. Diéta redukčná

Diétne stravovanie si dieťa vyžaduje v čase (dátum) od ..... do .....

Dátum:

Podpis ošetrojúceho lekára:

\* zakrúžkujte poradové číslo stanovenej diéty

