



Ученическо и столово хранене ЕАД Варна

гр. Варна ул. "Крали Марко" №3 тел.: 0879 996 815, 0879 996 801, e-mail: office@ushvarna.com;
www.ushvarna.com

ДЕКЛАРАЦИЯ

Долуподписания/ата

.....
/трите имена на родителя/

Телефон на родителя

Родител на :

.....
/трите имена на детето/

От група.....към ДГ №

Декларирам:

Че съм съгласен/ не съм съгласен детето ми да бъде хранено, съгласно изготвеното от лекар – диетолог към „УСХ“ ЕАД меню в съответствие с режим на хранене определен за него, в приложения протокол.

Приложение: Протокол с указан диетичен режим /1. безглутенов; 2. безказеинов; 3. безглутенов и безказеинов; 4. безглутенов, безказеинов, без яйца, без риба, без цитруси / издаден от :

- лекарска комисия при Втора детска клиника на МБАЛ „Св. Марина“ гр. Варна;
- лекар – алерголог;
- лекар – педиатър;
- лекар – детски гастроентеролог.

Дата:.....

Подпис:.....