



VLOGA ZA DIETNO PREHRANO

Učenec/učenka _____, rojen/rojena _____,

ki v šolskem letu _____ obiskuje _____ razred, potrebuje

dietno prehrano zaradi alergije na določena živila oziroma dodatke v prehrani.

Podpisana/podpisani (starši/zakoniti zastopniki) _____
prilagamo zdravniško potrdilo in seznam dovoljenih oz. prepovedanih živil v prehrani učenca.

Vlogo za dietno prehrano sprejema skupina za šolsko prehrano oz. vodja šolske prehrane go.
Elizabet Negovec Kopmajer.

Kraj in datum: _____

Podpis staršev (zakoniti zastopniki): _____

Priloga:

- Zdravniško potrdilo
- Seznam dovoljenih oz. prepovedanih živil

INTERNI OBRAZEC – DIETNA PREHRANA

DŠ: 62927892, MATIČNA ŠTEVILKA: 5082889, TRR: UJP SLOVENSKA BISTRICA 01225-6030649972

Tel./faks: 028720-850/028720-862

Elektronski naslov: os.dravograd@guest.arnes.si