Заведующему МБДОУ детским садом №7

 Тупоноговой Светлане Александровне

Фамилия, имя, отчество руководителя ОО

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Фамилия, имя, отчество родителя или законного представителя

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить моему сыну / дочери, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 Фамилия, имя, отчество, год рождения

диетическое питание или возможность хранить в холодильнике, разогревать и питаться готовыми блюдами, принесенными из дома, на основании заключения врача-аллерголога/дерматолога и результата анализа крови на аллергены, в которых сказано, что:

1. У него/нее пищевая аллергия на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

К заявлению прилагаю:

1. Копию заключения о консультации врача-аллерголога/дерматолога от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
 Дата
2. Результат анализа на аллергены от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
 Дата

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Расшифровка