**IGÉNYLŐLAP – DIÉTÁS ÉTKEZÉSHEZ**

Alulírott \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**nyilatkozom,**

hogy gyermekem részére 2015. évtől **igénylem a diétás étkezést**.

Gyermekem adatai:

Név: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely, idő:……………………………………………………………………………………...

Anyja neve:………………………………………………………………………………………………

Állandó lakcíme:…………………………………………………………………………………………

Tartózkodási helye (amennyiben van):…………………………………………………………………..

TAJ szám: ………………………………………………………………………………………………..

Az igényelt diétás étkeztetés pontos megnevezése:

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

Tudomásul veszem, hogy az igénylés az előírt orvosi igazolás nélkül érvénytelen.

Az orvosi igazolást mellékelten csatolom.

Göd……………………………..

 (dátum)

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

 aláírás