**Žiadosť o vyplatenie dotácie na podporu výchovy k stravovacím návykom dieťaťa**

*v zmysle zákona (č. 544/2010 Z.z. o dotáciách v pôsobnosti MPSVR SR v znení neskorších predpisov) za diétne jedlo poskytované v zariadeniach školského stravovania a to donáškou vlastnej diétnej stravy pre deti a žiakov, ktoré upravuje §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 zariadenie školského stravovania: **Školská jedáleň pri ZŠ s MŠ M.R.Štefánika, Budimír 11** o vyplatenie dotácie na podporu výchovy k stravovacím návykom dieťaťa pre môjho syna/dcéru na základe potvrdenia a posúdenia jeho zdravotného stavu lekárom - špecialistom. Vyplatenie dotácie žiadam poukázaním na účet v banke za každý deň, v ktorom sa dieťa zúčastnilo vyučovania v škole.

**Meno a priezvisko dieťaťa**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydlisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Škola: **Základná škola s materskou školou M.R.Štefánika, Budimír 11**

Telefón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Číslo účtu v tvare IBAN na vyplatenie dotácie rodičovi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupcu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ošetrujúci lekár:**

Meno a priezvisko lekára: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kód lekára: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Špecializácia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Diéta bezlepková

2. Diéta bezmliečna

3.Diéta pri crohnovej a ulceroznej 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 od ........................................ do .....................................

Dátum: ............................................... Podpis ošetrujúceho lekára: ....................................................

\* stanovenú diétu zakrúžkujte