**TÁJÉKOZTATÓ DIÉTÁS ÉTKEZTETÉS IGÉNYLÉSÉHEZ**

A diétás étrend igénylése az alábbiak szerint történik:

* A szülő kitölti a nyilatkozatot, s a vonatkozó szakorvosi, hatósági igazolásokkal együtt leadja az intézmény vezetőjének.
* Az intézmény vezetője a kézhezvételt követően egyeztet a szolgáltatóval, hogy a szükséges diétát tudja-e biztosítani, illetve mely időponttól vállalja annak teljesítését.
* Az intézmény vezetője tájékoztatja a szülőt a szolgáltató válaszáról, s ennek függvényében megrendeli a szülő által igényelt diétás étkezést.

A szolgáltató az 1 évnél nem régebbi szakorvosi igazolásokat fogadja el.

Az igazolás érvényességét a szülőnek kell figyelnie, annak meghosszabbításáról időben kell gondoskodnia, hogy a diétás étkezés folyamatossága biztosítva legyen.

Amennyiben lejár az gazolás, az étkezést normál étrend szerint biztosítjuk az új igazolás benyújtásáig.

Abban az esetben, ha a gyermek diétás igénye megváltozik, újabb nyilatkozat leadása szükséges a vonatkozó igazolások csatolásával.

Csót, 2022. szeptember 1.

Kékesi-Szabó Csilla

intézményvezető

**Szülői nyilatkozat diétás étkezési igényről**

**\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_-s nevelési év**

Alulírott szülő/gondviselő nyilatkozom arról, hogy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nevű,

gyermekem a Csóti Csodavilág Óvoda és Mini Bölcsőde óvodása részére diétás étkezést kérek biztosítani az alábbiak alapján:

Diagnózis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A vizsgálat időpontja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kötelező felülvizsgálat időpontja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A biztosítandó diéta típusa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A diétás igény igazolásaként az alábbi dokumentumokat mellékelem:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dokumentum típusa | Kiállítás időpontja | Lejárat időpontja |
| Szakorvosi gazolás tartós betegségről |  |  |
| Kórházi vizsgálati/ambuláns lap |  |  |
| Egyéb |  |  |

Kijelentem, hogy az intézmény által kiadott tájékoztatót elolvastam, tartalmát megismertem, a benne foglaltakat tudomásul vettem.

Csót,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

szülő/gondviselő aláírása