

## Информация о диетическом меню

Диетическое меню не разработано, в связи с отсутствием запроса со стороны родителей (законных представителей) детей.

В МБОУ ООШ п.Долми обучающихся нуждающихся в особом диетическом питании – нет.(0ч.)

Во исполнение Методических рекомендаций Роспотребнадзора МР 2.4.0162-19 «Особенности организации питания детей, страдающих сахарным диабетом и иными заболеваниями, сопровождающимися ограничениями в питании (в образовательных и оздоровительных организациях)» (пункт 3.1)), *диетическое питание осуществляется на основании заявления родителей (законных представителей) обучающихся и предоставления медицинского документа о наличии заболевания, при котором предоставляется диетическое питание (при наличии рекомендаций врача по исключению продуктов питания).*

Перечень заболеваний, при которых предоставляется диетическое питание: Пищевая аллергия, Болезнь Крона, язвенный колит, сахарный диабет, Целиакия, Цирроз печени, Фенилкетонурия.

(форма заявления)

## Заявление на предоставление диетического питания направляется на имя директора школы.

Директору МБОУ ООШ п.Долми Т.В.Цоцко

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. заявителя, полностью)  
проживающего (ей) по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес регистрации по месту жительства)

\_\_\_\_\_  
(адрес фактического проживания) Паспортные  
данные:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем  
выдан \_\_\_\_\_ дата  
выдачи \_\_\_\_\_ конта  
ктный телефон \_\_\_\_\_  
адрес электронной почты (при  
наличии) \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу Вас предоставить моему  
ребенку \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указывается фамилия, имя, отчество, год  
рождения), обучающемуся «\_\_\_» класса «\_\_\_»  
МБОУ ООШ п.Долми, диетическое горячее питание  
в соответствии с медицинским заключением о  
необходимости диетического питания с указанием  
виды диеты.

За предоставленную информацию несу  
ответственность.  
Результат муниципальной услуги прошу  
предоставить (необходимое подчеркнуть): в виде  
письменного ответа (на бумажном носителе), в виде  
электронного документа посредством электронной  
почты \_\_\_\_\_  
указать адрес электронной почты

Основание: справка от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения)

\_\_\_\_\_  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись заявителя) (расшифровка подписи)  
(дата подачи заявления)

Документы принял:

\_\_\_\_\_  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись, Ф.И.О.)  
(дата приема документов)