

## **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 Park Angelinum 8, Košice** o vyplatenie dotácie na podporu výchovy k stravovacím návykom dieťaťa pre môjho syna/dcéru na základe potvrdenia a posúdenia jeho zdravotného stavu lekárom- špecialistom. Diétnu stravu (obed) pripravujem doma a donášam ju denne na konzumáciu do školskej jedálne. 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 Park Angelinum 8, Košice

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

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

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

---

### **Ošetrojúci lekár:**

Meno a priezvisko lekára: \_\_\_\_\_

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

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

1. Diéta bezlepková
2. Diéta bezmliečna
3. Diéta pri crohnovej a ulceróznej 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 ošetrojúceho lekára: .....

\* stanovenú diétu zakrúžkujte