Príloha č. 4

 **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: .............................................................................. 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 (desiata, obed a olovrant) pripravujem doma a donášam ju denne na konzumáciu do školy / školského zariadenia. Vyplatenie dotácie žiadam poukázaním na účet v banke za každý deň, v ktorom sa dieťa zúčastnilo výchovno-vzdelávacej činnosti v školskom zariadení / vyučovania v  škole.

Meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................................................................

Bydlisko: ......................................................................................................................................

Škola/školské zariadenie: ..............................................................................................................

Telefón: .................................................... E-mail: .....................................................................

Číslo účtu v tvare IBAN na vyplatenie dotácie .........................................................................

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 chorobe 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 (dátum) od ................................... do ..............................

Dátum: Podpis ošetrujúceho lekára:

\* zakrúžkujte poradové číslo stanovenej diéty