

ΕΝΤΥΠΟ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΕΥΜΑΤΟΣ ΠΟΣ

Επιβεβαιώνω ότι επιθυμώ το παιδί μου να εξαιρείται απο

.....
.....

(δήλωση φαγητού)

για ιατρικούς (αλλεργία/πάθηση κτλ) ή και θρησκευτικούς λόγους που εμποδίζουν το παιδί μου να ακολουθήσει το συγκεκριμένο διατροφολόγιο και να γίνει αντικατάσταση γεύματος με άλλο γεύμα από το υφιστάμενο διατροφολόγιο.

Ονοματεπώνυμο

παιδιού.....

Τμήμα.....

Ονοματεπώνυμο

γονέα/κηδεμόνα.....

Υπογραφή

γονέα/κηδεμόνα.....

Ημερομηνία.....

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ (σε περίπτωση αλλεργιών/πάθηση)

Ο/Η υπογράφων/ουσα την παρούσα βεβαίωση Ιατρός

.....

(ονοματεπώνυμο & ειδικότητα)

Αφού

εξέτασα τον/την.....

επιβεβαιώνω ότι πρέπει να εξαιρείται απο κατα τη
σίτιση στο ΠΟΣ.

Υπογραφή & σφραγίδα Ιατρού

.....

Ημερομηνία :

Τηλέφωνα Ιατρού σε περίπτωση ανάγκης

.....

*παρακαλούμε όπως παραδοθεί σε κλειστό φάκελο στη Διευθύντρια του σχολείου
μέχρι τη Δευτέρα 15 Σεπτεμβρίου 2025.