Заведующей МБДОУ «Детский сад № 55»‎ города Читы

\_\_\_\_Бутиной Галине Михайловне\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

   Фамилия, имя, отчество родителя или законного представителя

проживающей по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу предоставить моему сыну / дочери, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
                            Фамилия, имя, отчество, год рождения
индивидуальное диетическое питание, на основании медицинского заключения и результата анализа крови на аллергены, в которых сказано, что:

1. У него / нее пищевая аллергия на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. Необходимо полностью исключить из его / ее рациона продукты, в которых содержатся данные аллергены.

В п. 8.2.1 СанПиН 2.3/2.4.3590-20 от 27.10.2020 сказано, что для детей, нуждающихся в лечебном и диетическом питании, оно должно быть организовано в соответствии с представленными родителями назначениями лечащего врача. А индивидуальное меню должно быть разработано специалистом-диетологом с учетом заболевания ребенка.

В п. 8.2.3 СанПиН также сказано, что в организации, осуществляющей питание детей, нуждающихся в лечебном и диетическом питании, допускается употребление детьми готовых домашних блюд, предоставленных родителями детей, в обеденном зале или специально отведенных помещениях, оборудованных в том числе холодильником для временного хранения готовых блюд и пищевой продукции и микроволновыми печами для разогрева блюд.

 **Вместе с тем, в связи с отсутствием возможности разработки меню врачом – диетологом в г. Чите, и, невозможностью приготовления и доставки домашних блюд в ДОУ 4 раза в день не позднее, чем через 2 часа после их приготовления ( п.8.7.4 СанПиН 2.3/2.4.3590-20 от 27.10.2020), по согласованию со мною (законным представителем ребенка) допускаю замену молочных блюд на безмолочные или, с применением в приготовлении молока без лактозы.**

**Недостаток пищевой ценности согласна компенсировать питанием и витаминизацией дома.**

Прошу сообщить о принятом по результатам рассмотрения настоящего заявления решении в письменном виде в течение 30 дней с момента получения заявления.

К заявлению прилагаю:

1. Копию заключения о консультации врача-аллерголога от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
                                        Дата
2. Результат анализа на аллергены от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
                    Дата

                                                                                     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

          Подпись                Расшифровка

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