

До Директора
На ОП КДХ
гр.Варна

ЗАЯВЛЕНИЕ

От.....
Живущ/а.....
Тел.....

ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Моля, детето ми.....
дата на раждане.....
да бъде записано за детска кухня, в разливочен пункт.....

ПРИЛАГАМ:

1. Акт за раждане/ копие/;
2. Медицинска бележка от личния лекар за изключване на алергия към храни;
3. Протокол от комисия към Втора детска клиника УМБАЛ „Света Марина“ или лекар специалист, като точно е указан един от утвърдените четири режима на хранене /Първи режим, Втори режим, Трети режим и Четвърти режим/ – в случай когато детето е с хранителна алергия.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

1. Разрешава се закупуване до два ваучера за едно и също дете, за един и същи ден.
2. Храната е предназначена само за обедно хранене на детето.
3. Храната не се преотстъпва на друго дете,което не е клиент на Детската кухня.
4. Детската кухня не носи отговорност за неправилно съхранена и употребена храна.
5. Информиран/а/ съм и съм съгласен/а/,че при наличие на риба и заек в менюто,ще бъде по-бдителен/а/ при храненето на детето ми, поради евентуално наличие на малки костици.
6. Информиран/а/ съм и съм съгласен/а/, че личните ми данни и тези на детето се използват за целите на ОП КДХ.

Дата:.....

Подпис:.....