**2025/2026-os tanév**

|  |  |
| --- | --- |
| Tanuló/gyermek neve: |  |
| Születés ideje: |  |
| Szülő, gondviselő neve: |  |
| Lakcíme: |  |
| Értesíthető hozzátartozó neve, napközbeni elérhetősége (mobiltelefon száma, ha van): |  |
| Diagnózis alapján **tartós betegnek számít-e** (orvos- szakértői igazolással alátámasztott-e)? | **igen nem**  **„igen”** válasz esetén a normatív kedvezményre való jogosultságot külön kell igényelni !!!! |
| **Háziorvos / házi gyermekorvos / foglalkozás-eü.orvos / szakorvos** részéről a diagnózis alapján tett táplálkozási javaslat jól olvasható módon *(kiállító húzza alá az orvosi minőségét!)*  Diagnózis BNO kód: ……………………………………..  Táplálkozási javaslat: …………………………………….  **Állapot felülvizsgálandó / időszakos\* / végleges (***kérem aláhúzni a megfelelő választ)*  ***időszakos a háziorvos, házi gyermekorvos vagy iskola-egészségügyi ellátást biztosító orvos által kiadott átmeneti igazolás, kiállítás napjától számított 6 hónapig érvényes, nem újítható meg, és nem hosszabbítható\****  *\*37/2014. (IV. 30.) EMMI rendelet a közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról*  Az átmeneti igazolás lejártát követően külön szakorvosi igazolást kell csatolni a diagnózis igazolására, diéta csak ezzel együtt biztosítható! | |

**Étkeztetési Szolgáltató Gazdasági Szervezet / vagy a szállító cég tölti ki:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A diétás étkezés biztosításának módja: | | Ételszállító cég neve: | Felelős kapcsolattartó neve: | Felelős kapcsolattartó elérhetősége: |
| Dietetikus véleménye/javaslata: | | | | |
| Dátum: | Dietetikus neve: aláírása: | | | |