**ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ**

Заведующей МБДОУ Д/с №30 «Малышок»

города Якутска

Бурнашевой Жанне Маратовне

Фамилия, имя, отчество заведующей

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  
диетическое питание, на основании заключения врача-дерматовенеролога и результата анализа крови на аллергены, в которых сказано, что:

1. У него / нее пищевая аллергия на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Необходимо полностью исключить из его / ее рациона продукты, в которых содержатся данные аллергены.

К заявлению прилагаю:

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

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

Подпись Расшифровка

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

Дата