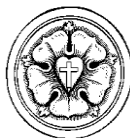


**PÉTERFY SÁNDOR EVANGÉLIKUS  
GIMNÁZIUM, ÁLTALÁNOS ISKOLA, ÓVODA,  
ALAPFOKÚ MŰVÉSZETI ISKOLA ÉS KOLLÉGIUM**

9025 Győr, Péterfy S. u. 2.  
☎: 96/510-170,  
e-mail: iskola@peterfy.hu  
adószám:19107033-2-08



OM: 030546  
Fax: 96/510-171  
www.peterfy.hu

**Kérelem**  
diétás étkezés igénybevételére

Gyermek neve:.....

Osztálya:.....

Tanév:.....

Alulírott.....

Lakcíme.....

elérhetősége (telefon, e-mail): .....

azzal a kérelemmel fordulok Igazgató Úrhoz, hogy gyermekem részére az  
alábbi, szakorvos által igazolt diétás étkezést biztosítani szíveskedjen.

Szakorvosi vélemény alapján a diéta típusa:.....

**A kérelem mellékletét képezi az érvényes szakorvosi vélemény.**

Győr, .....

kérelmező gondviselő aláírása

**A fenti kérelemhez hozzájárulok.**

**Dátum: Győr,.....**

**Kolarovszki Zoltán**  
**Igazgató**