

## POTVRZENÍ LÉKAŘE

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Strávník má potravinovou intoleranci na (*prosíme zaškrtněte*):

- LEPEK
- LAKTÓZU

Dne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
razítko a podpis lékaře

Školní jídelna poskytuje dietní stravování v souladu s vyhláškou č.107/2005 Sb., o školním stravování, ve znění pozdějších předpisů, s garancí nutričního terapeuta.