**Hozzájáruló nyilatkozat szakorvosi igazolás továbbításához**

Alulírott szülő/ törvényes képviselő jelen nyilatkozatommal hozzájárulok ahhoz, hogy az

SZTE Gyakorló Gimnázium és Általános Iskola (6722 Szeged, Szentháromság utca 2.) a Suli- Host Kft (6724 Szeged, Kenyérgyári út 1.) részére továbbítsa gyermekem diétás étkezésének biztosításához szükséges szakorvosi igazolást.

A nyilatkozó neve………………………………………………………………………………………………………………………..

A gyermek neve:………………………………………………………………………………………………………………………….

A gyermek születési helye, ideje:…………………………………………………………………………………………………

Szeged, 20…… …………………………………

 ……………………………………………………………….

 a szülő/törvényes képviselő aláírása