

Załącznik nr 6 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Utworzenie Placówki Diennej Opieki na terenie gminy Krynica-Zdrój”

Ankieta dotycząca alergii/nietolerancji pokarmowych:

Imię i nazwisko uczestnika projektu:

Wiek:

Nr telefonu kontaktowego i adres e-mail:

Rodzaj alergii/nietolerancji pokarmowej:

- ☐ Alergia na orzeszki ziemne
- ☐ Alergia na białko mleka
- ☐ Alergia na ryby
- ☐ Alergia na skorupiaki
- ☐ Alergia na jaja
- ☐ Nietolerancja produktów zbożowych (glutenu)
- ☐ Nietolerancja mleka (laktozy)
- ☐ Alergia na owoce cytrusowe lub inne, proszę wymienić jakie (alergia dotyczy owoców surowych i/lub gotowanych)* właściwe podkreślić:

☐ Cukrzyca ☐ Typ I ☐ Typ II

☐ Inne:

Proszę podać krótki opis alergii/nietolerancji uwzględniając zakres produktów zakazanych w żywieniu, jak również zaleceń dotyczących obróbki kulinarnej:

Czy uczestnik na stałe przyjmuje lekarstwa: ☐ TAK ☐ NIE
proszę wymienić:

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że moja obecność w placówce jednoznaczna jest z odbiorem cateringu.

.....
Data, miejscowość

.....
Podpis uczestnika projektu