

## 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