

Załącznik nr 6 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Wsparcie osób niesamodzielnych na terenie Miasta i Gminy Piwniczna-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