

Potvrzení lékaře - dietní stravování



Jméno a příjmení žáka (pacienta)	Datum narození	Třída
----------------------------------	----------------	-------

Potvrzuji, že výše uvedený žák školy - pacient vykazuje diagnózu celiakie; bezlepková dieta je v jeho případě indikována.

Datum	Podpis lékaře	Razítko
-------	---------------	---------