|  |  |
| --- | --- |
|  | Заведующему муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения«Детский сад № 21» Энгельсского муниципального района Саратовской областиТ.Ю.Захаровой(указать фамилию, имя, отчество полностью)Проживающего по адресу: Тел.:  |

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ВОСПИТАННИКА)**

**НА ПРОВЕДЕНИЕ ВИТАМИНИЗАЦИИ 3-ГО БЛЮДА**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю свое согласие на проведение «С» - витаминизации 3-го блюда (компот, отвар шиповника) в дошкольном учреждении из расчета для детей от 1 года до 3 лет – 35,0 мг, для детей от 3 до 6 лет – 50,0 мг на порцию, либо использование специализированной пищевой продукции промышленного выпуска, обогащенной витаминами и микроэлементами, либо витаминизированных напитков промышленного выпуска и выдачу их моему ребенку, норма которых предусмотрена п.8.1.6. «Санитарно-эпидемиологических требований к организации общественного питания населения» (СанПиН 2.3/2.4.3590-20).

(ФИО ребенка, дата рождения)

|  |  |
| --- | --- |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  (подпись) (Ф.И.О.) |