

KURU ÜZÜM DAĞITIMI VELİ İZİN FORMU

Sayın Veli,

“Okullarda Kuru Üzüm Dağıtım Programı” Millî Eğitim Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı iş birliği içinde öğrencilerimize sağlıklı ara öğün tüketme alışkanlığını kazandırmak amacıyla hazırlanmıştır. Programla öğrencilerimize haftada 2 gün 25 gramlık paketlerde kuru üzüm dağıtılacaktır. Kuru üzüm dağıtım uygulamasına ilişkin onayınızı almak amacıyla aşağıdaki form düzenlenmiştir. Formu doldurduktan sonra çocuğunuzun öğretmene teslim ediniz.

İL/İLÇE ADI	
OKULUN ADI	
ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI	
SINIFI	
YAŞI (YIL)	
CİNSİYETİ	<input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KIZ
DİYABET (ŞEKER) HASTALIĞI VAR MI?	<input type="checkbox"/> EVET (EVET ise tüketmeden önce hekime/diyetisyene danışılması gerekmektedir) <input type="checkbox"/> HAYIR

ÇOCUĞUMUN DAĞITILACAK OLAN KURU ÜZÜMDEN YARARLANMASINI

İSTİYORUM

İSTEMİYORUM

Veli Adı Soyadı
(İmza)

Not: Bu form öğretmen tarafından tüm öğrenciler için (dağıtılacak kuru üzümünden yararlanmak isteyen veya istemeyen) Okul Sütü Modülüne girilecektir.

OKUL SÜTÜ DAĞITIMI VELİ İZİN FORMU

Sayın Veli,

“Okul Sütü Programı” Millî Eğitim Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı işbirliği içinde öğrencilerimize süt içme alışkanlığı kazandırmak, dengeli beslenme yoluyla sağlıklı gelişmelerine destek olmak amacıyla hazırlanmıştır. Programla öğrencilerimize haftada 3 gün 200 ml.'lik kutularda UHT süt dağıtılacaktır. Süte karşı hassasiyeti olan öğrencilerimizi tespit etmek ve uygulamaya ilişkin onayınızı almak amacıyla aşağıdaki form düzenlenmiştir. Formu doldurduktan sonra çocuğunuzun öğretmene teslim ediniz.

İL/İLÇE ADI	
OKULUN ADI	
ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI	
SINIFI	
YAŞI	
CİNSİYETİ	<input type="checkbox"/> KIZ <input type="checkbox"/> ERKEK
SÜT ALERJİSİ	<input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK <input type="checkbox"/> BİLMİYORUM
SÜTÜ SEVEREK İÇER Mİ?	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
NE SIKLIKTA İÇİYOR?	<input type="checkbox"/> HERGÜN <input type="checkbox"/> HAFTADA 2-3 GÜN <input type="checkbox"/> HAFTADA 1 GÜN <input type="checkbox"/> ÇOK NADİR <input type="checkbox"/> HİÇ

ÇOCUĞUMUN DAĞITILACAK OLAN SÜTTEN YARARLANMASINI

İSTİYORUM

İSTEMİYORUM

Veli Adı Soyadı
(İmza)

Not: Bu form öğretmen tarafından tüm öğrenciler için (dağıtılacak süttten yararlanmak isteyen veya istemeyen) Okul Sütü Modülüne girilecektir.