

KURU ÜZÜM DAĞITIMI VELİ İZİN FORMU

Sayın Veli,

“Okullara Kuru Üzüm Dağıtım Programı” Millî Eğitim Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Toprak Mahsulleri Ofisi Genel Müdürlüğü 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 öğretmenine teslim ediniz.

| | |
|-----------------------------------|---|
| İL/İLÇE ADI | |
| OKULUN ADI | |
| ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI | |
| SINIFI | |
| YAŞI (YIL) | |
| CİNSİYETİ | <input type="checkbox"/> ERKEK <input type="checkbox"/> KIZ |
| DIYABET (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

(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 öğretmenine 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

(İmza)

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