|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OKUL SÜTÜ DAĞITIMI VELİ İZİN FORMU** Sayın veli, "Okul Sütü Programı" Milli 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 | **KONYA/SELÇUKLU** |
| OKULUN ADI | **SELÇUKLU BELEDİYESİ İLKOKULU** |
| ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI |  |
| SINIFI |  |
| YAŞI |  |
| CİNSİYETİ |  Kız Erkek |
| SÜT ALERJİSİ |  Var Yok Bilmiyorum |
| SÜTÜ SEVEREK İÇER Mİ? |  Evet Hayır |
| NE SIKLIKLA İÇİYOR? |  Her gün Haftada 2-3 gün Haftada 1 gün Çok nadir Hiç |

ÇOCUĞUMUN DAĞITILACAK OLAN SÜTTEN YARARLANMASINI İSTİYORUM İSTEMİYORUM Veli Adı – Soyadı : İmza :Not: Bu form, öğretmen tarafından tüm öğrenciler için (dağıtılacak sütten yararlanmak isteyen veya istemeyen ) Okul Sütü Modülüne girilecektir | **KURU ÜZÜM DAĞITIMI VELİ İZİN FORMU** Sayın Veli, “Okullarda Kuru Üzüm Dağıtımı Programı” Milli Eğitim Bakanlığı, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Toprak Mahsulleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı işbirliği 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 | **KONYA/SELÇUKLU** |
| OKULUN ADI | **SELÇUKLU BELEDİYESİ İLKOKULU** |
| ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI |  |
| SINIFI |  |
| YAŞI (YIL) |  |
| CİNSİYETİ |  ERKEK KIZ  |
| DİYABET (ŞEKER) HASTALIĞI VAR MI? |  EVET ( EVET ise tüketmeden önce hekime/diyetisyene danışılması gerekmektedir ) HAYIR  |

ÇOCUĞUMUN DAĞITILACAK OLAN KURU ÜZÜMDEN YARARLANMASINI İSTİYORUM İSTEMİYORUM Veli Adı – Soyadı : İmza :Not: Bu form, öğretmen tarafından tüm öğrenciler için (dağıtılacak kuru üzümden yararlanmak isteyen veya istemeyen ) Okul Sütü Modülüne girilecektir. |