**OKUL SÜTÜ DAĞITIMI 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: |  |
| OKULUN ADI |  |
| ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI |  |
| SINIFI |  |
| YAŞI |  |
| CİNSİYETİ | □ KIZ □ ERKEK |
| SÜT ALERJİSİ | □ VAR □YOK □ BİLMİYORUM |
| SÜTÜ SEVEREK İÇER Mİ? | □ EVET □HAYIR |
| NE SIKLIKTA İÇİYOR? | □ HERGÜN  □ HAFTADA 2-3 GÜN  □ HAFTADA 1 GÜN  □ ÇOK NADİR  □ HİÇ |

ÇOCUĞUNUZUN DAĞITILACAK OLAN SÜTTEN YARARLANMASINI

□ İSTİYORUM □ İSTEMİYORUM

TARİH

VELİ

AD SOYADI

(İmza)

*Not: Bu form öğretmen tarafından tüm öğrenciler (dağıtılacak sütten yararlanmak isteyen veya istemeyen) için e-okul sistemine girilecektir.*

**OKUL SÜTÜ DAĞITIMI 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: |  |
| OKULUN ADI |  |
| ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI |  |
| SINIFI |  |
| YAŞI |  |
| CİNSİYETİ | □ KIZ □ ERKEK |
| SÜT ALERJİSİ | □ VAR □YOK □ BİLMİYORUM |
| SÜTÜ SEVEREK İÇER Mİ? | □ EVET □HAYIR |
| NE SIKLIKTA İÇİYOR? | □ HERGÜN  □ HAFTADA 2-3 GÜN  □ HAFTADA 1 GÜN  □ ÇOK NADİR  □ HİÇ |

ÇOCUĞUNUZUN DAĞITILACAK OLAN SÜTTEN YARARLANMASINI

□ İSTİYORUM □ İSTEMİYORUM

TARİH

VELİ

AD SOYADI

(İmza)

*Not: Bu form öğretmen tarafından tüm öğrenciler (dağıtılacak sütten yararlanmak isteyen veya istemeyen) için e-okul sistemine girilecektir.*