

Штамп учреждения

Приложение № 1 к  
Порядку взаимодействия между  
лечебно-профилактическими  
учреждениями, обслуживающими  
детей, беременных женщин,  
кормящих матерей, и  
специальными пунктами  
питания и магазинами,  
осуществляющими отпуск  
продуктов питания.

**Заключение врача (на обеспечение продуктами питания детей  
1-го, 2-го, 3-го года жизни)**

(нужное подчеркнуть).

На \_\_\_\_\_ месяц 201 г.

(прописью)

Фамилия, имя ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Домашний адрес и телефон \_\_\_\_\_

Справка органа социальной защиты населения города (района)

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Наименование продуктов питания:

Наименование продукта питания	Кол-во в месяц

Подпись врача (фельдшера) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)

Дата выдачи \_\_\_\_\_

М.П.