

**SÜT İÇİLMESİ SONRASI OLUŞAN ŞİKÂYET FORMU**  
(Öğretmen tarafından doldurulacaktır)

Sayın Öğretmen,

“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.

Bu form süt içen çocuklarımızda oluşabilecek sorunların tam olarak sebebinin anlaşılması için düzenlenmiş olup bu form sadece şikayeti olan öğrenciler için doldurulacaktır. Aynı gün içinde öncelikle Okul Sütü Modülüne girilmeli, eğer sisteme girilemiyor ise ivedilikle İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü’ne teslim edilmelidir.

İL/İLÇE ADI	
OKULUN ADI	
ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI	
SINIFI	
YAŞI	
CİNSİYETİ	<input type="checkbox"/> KIZ <input type="checkbox"/> ERKEK
AİLE TARAFINDAN OKUL SÜTÜ İÇMESİNE İZİN VERİLDİ	<input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR

**OKUL SÜTÜ**

İÇTİ

İÇMEDİ

	VAR	BAŞLANGIÇ TARİHİ/SAAT	YOK		VAR	YOK
BULANTI				BULANTI		
KUSMA				KUSMA		
KARIN AĞRISI				KARIN AĞRISI		
İSHAL				İSHAL		
AĞIZ VE YÜZDE ŞİŞLİK				AĞIZ VE YÜZDE ŞİŞLİK		
DÖKÜNTÜ				DÖKÜNTÜ		
DİĞER (BELİRTİNİZ)				DİĞER (BELİRTİNİZ)		
SÜT İÇİLEN TARİH/ SAAT						
İÇİLEN SÜT MİKTARI		..... ml				

TARİH  
ÖĞRETMEN  
AD SOYAD  
(İmza)