

Programa de Nutrición de Sherman ISD
SOLICITUD DE SUBSTITUCIÓN DE ALERGIA A LA COMIDA/DISCAPACIDAD

Fecha _____ Fecha de Nacimiento del Estudiante _____ # de Identificación _____

Información del Estudiante (impreso)

Apellido _____ Primer Nombre _____

Nombre del Padre o Guardian (impreso) _____

Teléfono _____ Email _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Entiendo que es mi responsabilidad revisar los menús de la escuela con mi hijo para seleccionar opciones del menú apropiadas para la alegría. Si mi hijo es incapaz de seleccionar opciones del menú apropiadas para la alergia del menú publicado, me debo poner en contacto con el Departamento de Nutrición del Niño para solicitar un arreglo en el menú.

Le doy permiso al Departamento de Nutrición de Sherman ISD para hablar con el médico nombrado a continuación o con la autoridad médica reconocida para discutir las necesidades dietéticas descritas a continuación.

entiendo que es mi responsabilidad de renovar este formulario en caso de que cambien las necesidades nutricionales de mi hijo. Para eliminar las restricciones de alergia de la cuenta de este estudiante, el padre/tutor debe presentar una nota firmada que indique que el estudiante ya no tiene alergia o intolerancia a los alimentos.

Firma del Padre _____

Esta sección debe ser completada por el médico del estudiante.

¿Tiene el niño una discapacidad identificada y/o una alergia alimentaria potencialmente mortal?

SÍ Complete la Parte A – Discapacidad o Alergia Grave que Amenaza la Vida **NO** Complete la Parte B – Intolerancia a los Alimentos/Alergia

A. DISCAPACIDAD, INCLUSO GRAVE, ALERGIA ALIMENTARIA MORTAL

El estudiante tiene una discapacidad y requiere una dieta especial o arreglos de los alimentos. Una persona con una discapacidad se describe bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 como una persona con cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecta los sistemas del cuerpo o cualquier trastorno mental o psicológico que afecte a una de las principales actividades de la vida.

Explicación de la discapacidad o condición médica que requiere adaptaciones para comidas: _____

Alergias/restricciones alimentarias del estudiante relacionadas con su discapacidad:

Huevos: Huevos Enteros Huevos como ingredientes, i.e., huevos revueltos son omitidos y huevos como un ingrediente en panqueques no están permitidos

Nueces: Cacahuates Nuez de Árbol

Alergias Lácteas: o leche líquida Evitar todos los productos lácteos (queso, yogurt, nieve) Evitar la leche en todos los productos horneados

NOTA: agua helada y basos se encuentran en la zona del comedor, y están disponibles para todos los estudiantes gratis.

Pescado Mariscos Trigo Soya Otro _____

Diabético **NOTA: Las selecciones del menú deben hacerse en el menú del calendario escolar según las órdenes del médico/plan de salud individual.**

Actividad importante de la vida afectada por la discapacidad Comer Caminar Ver Principales funciones corporales (marque todas las que apliquen)

Lectura Escuchar Hablar Respirar Aprender Realizar tareas manuales Otro

Realizar tareas manuales: _____

Sustitutos de comida segura* (**requerido**): _____

B. INTOLERANCIA A LA COMIDA/ALERGIA NO ES CONSIDERADA UNA INCAPACIDAD

Un estudiante no tiene una discapacidad, pero puede solicitar una comida especial o un arreglo dietético. La alergia/intolerancia del estudiante a los alimentos a continuación no afecta significativamente una o más actividades importantes de la vida, como se definió anteriormente. El Departamento de Nutrición Infantil puede hacer adaptaciones razonables, siempre y cuando las solicitudes de adaptación cumplan con los requisitos del patron de comidas.

Huevos: Huevos Enteros Huevos como ingredientes, i.e., huevos revueltos son omitidos y huevos como un ingrediente en panqueques no están permitidos

Nueces: Cacahuates Nuez de Árbol

Intolerancia/alergia a los lácteos: No leche líquida* Evitar todos los productos lácteos (queso, yogurt, nieve) Evitar leche en todos los productos horneados

NOTA: El agua está disponible para todos los estudiantes sin cargo. En la zona del comedor hay agua y basos.

Pezcad Mariscos Trigo Soya Otro _____

Alimentos que se omitirán de la dieta: _____

Sustitutos de comida segura* (**requerido**): _____

*El Departamento de Nutrición Infantil intentará acomodar las sustituciones según lo solicitado, pero se reserva el derecho de modificar el menú en basado la disponibilidad del producto. El agua está disponible para todos los estudiantes sin cargo. En la zona del comedor hay agua helada y basos.

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente se le debe ofrecer alimentos sustitutos como se describió anteriormente debido a la discapacidad del estudiante, alergia alimentaria, intolerancia alimentaria, y/u otra afección médica.

Nombre del Médico _____ Número de Teléfono _____

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) _____

Firma _____ Fecha _____

SE REQUIERE LA FIRMA DEL MÉDICO