

MODIFICACIONES DE COMIDAS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Descripción del impedimento físico o médico:

Alergias alimentarias actuales

Huevo Pescado Maní Mariscos Nuez Soja Trigo
 Leche Intolerancia a la lactosa Otro: _____

Alergias alimentarias a eliminarse del registro escolar:

Huevo Pescado Maní Mariscos Nuez Soja Trigo
 Leche Intolerancia a la lactosa Otro: _____

¿Esta condición es permanente o temporal? Permanente Temporal

Si es temporal, indique el tiempo durante el cual se deben seguir las instrucciones con una explicación:

Prescripción de la dieta: (Marque todas las opciones que correspondan)

___ Alergias (describir) _____

___ Otro (describir) _____

Alimentos omitidos de la dieta: _____

Sustituciones: Sustituciones específicas necesarias: _____

Un dietista registrado de SCSD puede determinar las sustituciones

Otra información sobre modificaciones de comidas:
(Dé información adicional abajo o adjunte a este formulario).

Certifico que el estudiante mencionado arriba necesita modificaciones en las comidas según lo descrito por su discapacidad física o médica.

Firma del profesional médico

Número de teléfono de la oficina

Fecha