

Suspensión de las solicitudes de modificación de dietas

Año Escolar _____

Para brindar un mejor servicio a nuestros niños, es importante notificarnos lo antes posible sobre cualquier cambio en las necesidades dietéticas especiales del estudiante. Por favor, complete este formulario y devuélvalo al Gerente de Servicios de Alimentos de la escuela de su hijo para que podamos realizar cualquier cambio en el menú. (No necesitamos la firma de un médico para este formulario).

Debe ser completado por el padre/tutor

Condado: _____

Distrito escolar: _____

Nombre del estudiante _____ Identificación del estudiante _____

El grado: _____ Nombre de la escuela: _____

Nombre del maestro: _____

Seleccionar: Suspensión de la prescripción/solicitud de dieta actual

Suspensión de parte de la prescripción dietética actual

Si selecciona suspender parte de la dieta actual prescrita, indique la modificación necesaria:

Ya no es alérgico: _____

Otro, por favor describa: _____

Firma del padre/tutor: _____ Número de teléfono diurno: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha: _____

Sólo para uso escolar [For School Use only]

Fecha de recepción del formulario [Date form received] _____

Alerta de fecha cambiada [Date alert changed] _____

Firma del gerente [Manager's Signature] _____

(Conserve una copia de este formulario en el archivo y proporcione una copia a la enfermera de la escuela, al dietista registrado y/u otro personal de la escuela según lo indiquen las políticas del programa.) [Please maintain a copy of this form on file and provide a copy to the school nurse, registered dietitian, and/or other school staff as directed by program policies.]

