Отдел Услуг Питания (Nutrition Services) Государственных Школ Округа Bethel

Диетическое Предписание для Питания в Школе

Имя Учащегося: Дата Рождения: Возраст: Название школы: Класс:

**Секция A:** Заполняется родителем или опекуном. Пожалуйста отметьте нужное и подпишите ниже:

* Я понимаю, что, если медицинские потребности или состояние здоровья моего ребёнка изменится, это моя обязанность уведомить школьную медсестру/медицинского работника и предоставить новое Диетическое предписание для Питания в Школе.
* Я даю разрешение Отделу Услуг Питания (Nutrition Services) связаться с Врачом или Официальным Органом Здравоохранения указанным ниже обсудить диетические потребности, описанные ниже.

Подпись Родителя/Опекуна Номер Домашнего Телефона Дата

**Секция B:** To Заполняется Врачом / официальным Органом Здравоохранения (если описывается инвалидность).

Имеет ли ребёнок инвалидность? □ Да □ Нет

 Если ДА, опишите основные виды жизненной активности, затронутые инвалидностью

Имеет ли ребёнок заболевание, не вызывающее инвалидность? □ Да □ Нет Если ДА, опишите состояние здоровья

Есть ли у ребёнка особые потребности в питании или кормлении? □ Да □ Нет Если ДА, опишите конкретную потребность

Если вы ответили ДА на любой из вышеперечисленных вопросов, заполоните раздел C и верните медсестре/медицинскому работнику в школе ребёнка.

**Секция С: УКАЗАНИЯ ВРАЧА** Рецепт Диеты:

(Заполняется Врачом или официальным Органом Здравоохранения)

Примечание: Для любого продукта питания, исключённого из диеты, **должна** быть указана замена.

Продукты, которые следует исключить: Продукты для замены:

Пожалуйста приложите дополнительные инструкции при необходимости.

Я подтверждаю, что студент упомянутый выше, нуждается в специальном школьном питании, приготовленном, как описано выше, из-за инвалидности или хронического заболевания.

Подпись Медицинского Работника Дата

Имя: \_ Офисный телефон: Факс:

Напечатайте