

Return completed form to:
 Oldham County School Nutrition
 6165 W. Highway 146
 Crestwood, KY 40014
 Fax: 502-241-3209
 Email: carlina.loyd@oldham.kyschools.us

School Year _____

SOLICITUD DE ACOMODACIÓN Y/O NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES PARA LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE OLDHAM

PARTE A: Padre / Tutor: Complete los puntos de 1 - 6			
1. Nombre de la escuela			
2. Nombre completo del estudiante		3. Fecha de nacimiento del estudiante	
4. Nombre del padre/tutor		5. Número de teléfono	
6. Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> La solicitud de los padres no se debe a una discapacidad médica. Por favor tenga en cuenta: Los Servicios de Nutrición intentarán adaptarse a las preferencias culturales/personales, pero la ley no lo exige. Estas adaptaciones dependen de la disponibilidad del producto . <input type="checkbox"/> Vegano <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> No Cerdo <input type="checkbox"/> No carne de res <input type="checkbox"/> Otro _____ ¿Tiene el estudiante un IEP o Plan 504? <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> No Firma del padre/tutor (requerida para el procesamiento): _____ Fecha: _____			
PARTE B: Completada por un médico con licencia, asistente médico o enfermero practicante: Complete los			
7. Check One:			
<input type="checkbox"/> Student has a disability or a medical condition that requires a special meal and/or accommodation. Schools and agencies participating in federal nutrition programs must comply with requests for special meals and any adaptive equipment.			
<input type="checkbox"/> Student does not have a disability but is requesting a special meal or accommodation due to a food intolerance or other medical reason. Food preferences are not an appropriate for this section of the form.			
8. The student's disability or medical condition requiring a special meal or accommodation:			
9. If the student has a disability, provide a brief description of his/her major life activity affected by the disability:			
10. Diet prescription and/or accommodation (please describe in detail to ensure proper implementation-use extra pages as needed):			
11. Indicate food texture for above participant:			
<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chopped <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Pureed			
12. Foods to be omitted and substitutions (please list specific foods to be omitted and suggested substitutions. You may attach a sheet with additional information as needed):			
A. Foods To Be Omitted		B. Suggested Substitutions	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
13. Adaptive equipment to be used:			
14. Signature of Health Care Provider		15. Printed Name	16. Telephone Number
			17. Date