

Escuelas públicas de Springfield
Declaración médica - para acomodar discapacidades

Envíe este formulario a: Servicios de Nutrición

Nombre del sitio/Proveedor: (Escuela or Programa) _____

Parte I To be completed by Parent/Guardian or Sponsor

Nombre del participante _____
Nombre del padre/Tutor _____ Teléfono # _____

Parte II Debe ser completado únicamente por un profesional de la salud con licencia estatal que esté autorizado para escribir recetas médicas según la ley estatal*. Responda las preguntas 1-3.

<p>1. Describa la actividad principal de la vida o la función corporal principal afectada por el impedimento físico o mental del participante que restringe la dieta:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>2. Plan de alojamiento de comidas (Alimentos para omitir o evitar): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3. Alimentos a sustituir y alternativas recomendadas (incluye modificación y acomodación)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Firma del profesional de la salud con licencia*:</p> <p>_____ Fecha _____</p>

Uso del patrocinador: Alojamiento realizado:

Firma del personal _____ Fecha _____

*Médicos Doctores en Medicina (MD); Doctores en Osteopatía (DO); Doctores en Naturopatía (ND); asistente médico (PA); Enfermero certificado o especialista en enfermería clínica; Doctor en Medicina Dental (DMD); Doctor en Cirugía Dental (DDS); Doctor en Optometría (OD)

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.