



Splendor Independent School District

23419 FM 2090, Splendor, Texas 77372
281-689-3128 • Fax 281-689-7509

PADRE / TUTOR: **DEVUELVA EL FORMULARIO A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA**

Nombre de padre/guardian _____

Nombre de estudiante _____

Nombre de escuela _____ Grado _____

Modificaciones de la dieta del médico

Se requiere la completación de esta página para aquellos individuos con discapacidades y debilidades que requieren una modificación en la dieta del médico. El Programa de Comidas Escolares del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos requiere que se respondan a todas las preguntas que se presentan para poder llevar a cabo sustituciones y/o modificaciones dietéticas.

Declaración de médicos

Yo _____, Nombre del médico (letra de molde)

Médico para _____, Nombre del niño (letra de molde)
declarar que el niño mencionado aquí presenta alergias alimentarias graves o potencialmente mortales y/o necesidades dietéticas especiales relacionadas con una discapacidad.

Discapacidad/deterioro que requiere una modificación en las comidas: _____

¿Si tiene alergia a alimentos, ¿es una vivencia peligrosa para la vida? _____yes _____no

La razón de la restricción de la dieta: _____

Alimentos para omitir: _____

Alimentos para sustituir: _____

Firma del médico: _____ Date: _____

Nombre del médico: _____

Dirección del médico: _____

Número de teléfono del médico: _____

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.