



POR FAVOR, COMPLETE Y ENVÍE POR CORREO A (2023-2024):

Stamford Public Schools
Attention: Chartwells K12
888 Washington Blvd
3rd Floor N
Stamford, CT 06901

Correo Electrónico:
Ksmith4@StamfordCT.gov
Fax: 203-977-4769

Nombre Completo del Estudiante: _____

Grado Escolar: _____

Escuela: _____

Alergia(s) Alimentaria(s) y Condiciones Médicas Documentadas:

Alimentos e ingredientes que deben omitirse como consecuencia de alergia(s) alimentaria(s) y afecciones médicas:

¿Se requiere una sustitución de alimentos o una modificación del menú? Sí NO

De acuerdo con el protocolo de Chartwells, las modificaciones razonables podrán comenzar una vez que este formulario, junto con una solicitud por escrito firmada por el médico del estudiante o proveedor de servicios médicos, que indique la(s) alergia(s) alimentaria(s) y / o la necesidad de modificaciones de las comidas, sean recibidos por Chartwells.

Información de Contacto de los Padres/Tutores

Nombre: _____

Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

2023-2024