



အထူးကုသတ်အစာအဟာရလိုအပ်ချက်ရှိသောကျောင်းသားများကို ကလေးအစာအဟာရပရိုဂရမ်များအတွက်ဖော်ပြချက်

မိဘများ/အုပ်ထိန်းသူများ-

အစာအဟာရကန့်သတ်ချက်များရှိသည့် မသန်စွမ်းသောကျောင်းသားများအတွက်ဆေးစာရွက်စာတမ်းများဖော်ပြရန်လိုအပ်သည်။ သင့်မိသားစု ဆရာဝန်အားဤဖောင်ပုံစံတွင် ဆရာဝန်ဖြည့်ရမည့်အပိုင်းကိုပြည့်စုံအောင်ရေးဖြည့်ရန်မေတ္တာရပ်ခံတောင်းဆိုပါ။ သင့်ကလေး ကျောင်းသားတွင် နို့နှင့်မတူသော အက်လာဂျီရှိပါက ဤဖောင်ပုံစံတွင်ပါသော အောက်ဆုံးပိုင်းတွင် "နို့အစားထိုး အစားအစာ" နေရာတွင်သင်ကေတပြုလုပ်ပါ။ ပြည့်စုံစွာရေးဖြည့်ထားသော ဖောင်ပုံစံများကို ဖွဲ့စည်းကော်မြူနတီကျောင်းများ၏ အစာအဟာရဝန်ဆောင်မှုဌာနသို့ သတင်းအချက်အလက်များပေးပို့မှုသော သင့်ကလေးကျောင်းမှ သူနာပြုထံသို့ပို့ပေးပါ။

ကျောင်းသားအမည် _____ မွေးနေ့ _____
ကျောင်းအမည် _____ အတန်း _____
အုပ်ထိန်းသူအမည် _____ ဖုံး _____

ကျနော်/မ ကလေး၏ဆရာဝန်ရေးဖြည့်သည့်သတင်းအချက်အလက်များကိုကျနော်/မတို့ပြန်လှန်စစ်ဆေးကြည့်ပြီးနားလည်ပါသည်။ ကျနော်/မတို့ ကလေး၏ ကျန်းမာရေးဆေးမှတ်တမ်းကိုကျောင်းတွင်သိမ်းဆည်းပြီး သင့်လျော်သည့်မြို့နယ်နှင့်ကျောင်းဝန်ထမ်းများကိုပေးပို့ရန်သဘောတူ ပါသည်။ ဖွဲ့စည်းကော်မြူနတီကျောင်းများ၏ အစာအဟာရဝန်ဆောင်မှုဌာနမှ လိုင်စင်ရ အစာအဟာရပညာရှင်များအား ကျနော်/မတို့ ကလေး၏ ဆရာဝန်အား ဆက်သွယ်ရန်ပြီး ပိုမိုလိုအပ်သောအထက်ဖော်ပြပါရှင်းလင်းချက်များကိုရယူမည်ကိုနားလည်ပါသည်။ အကယ်၍ကျနော်/မတို့က သတင်းအချက် အလက်အသစ်များကိုစာဖြင့်ရေး၍မတင်ပြခဲ့ပါက ဤခွင့်ပြုချက်များသည် ၂၀၁၈-၁၉ ပညာသင်နှစ်အတွက်သာဖြစ်သည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ် _____
ဖုံးနံပါတ် _____ နေ့စွဲ _____

မိသားစုဆရာဝန်ရေးဖြည့်ရန် (Physician Section)

ကျောင်းသား၌ခန္ဓာကိုယ်တွင်၎င်း၊ ဉာဏ်စွမ်းရည်တွင်၎င်း ချွတ်ယွင်းချက်ရှိပြီး ထိုကျောင်းသားအတွက် ကန့်သတ်အစာအဟာရ ပေးရန် လိုသလား?
 လိုပါသည် မလိုပါ။

လိုလျှင် မသန်စွမ်းခြင်း (မပြုလုပ်နိုင်သောခန္ဓာကိုယ်လက်/ခြေ) နှင့် အဓိက အသက်အန္တရာယ်ရှိသည့် လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှုများကို စာရင်းရေးသားပါ။

<input type="checkbox"/> ခန္ဓာကိုယ်စနစ်	<input type="checkbox"/> အာရုံကြောဆိုင်ရာ	<input type="checkbox"/> အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ	<input type="checkbox"/> သွေးလည်ပတ်မှု	<input type="checkbox"/> အင်ဒိုဂရင် ဂလင်း
<input type="checkbox"/> ပုံမှန်ဆဲလ်များကြီးထွားမှု	<input type="checkbox"/> အစာခြေစနစ်	<input type="checkbox"/> ဝမ်းဗိုက်/ဆီးအိမ်	<input type="checkbox"/> ဦးနှောက်	<input type="checkbox"/> မျိုးပွားအင်္ဂါနှင့်ဆိုင်သော

ဘာကြောင့် ကန့်သတ် အစာအဟာရပေးရန်လိုကြောင်းဖော်ပြပါ (အစားအစာ မတူခြင်း၊ လာတို့စ် (lactose) နှင့် မတူခြင်းစသည်တို့)

ကန့်သတ်အစာအဟာရအတွက်ညွှန်ကြားချက် (မတူသောမကျွေးသင့်သည့်အစားအစာ (သို့) အခြားသင့်လျော်သည့်ကျွေးရမည့် အစားထိုးအစားအစာ) စားချင်သောနှစ်သက်သောအစားအစာများကိုဤဖောင်ပုံစံတွင်ဖော်ပြရန်မလိုပါ။

ဖွဲ့စည်းကော်မြူနတီကျောင်းများ၏ လိုင်စင်ရ အစာအဟာရပညာရှင်များမှအကြံပေးထောက်ခံသော အစားထိုးအစားအစာများကို ကျနော်/မ တို့ သဘောတူပါသည်။

ဆရာဝန်လက်မှတ် _____
ဆရာဝန်အမည် _____
ဖုံးနံပါတ် _____ နေ့စွဲ _____

ဤအဖွဲ့အစည်းသည်တူညီသောအခွင့်အရေးကိုပေးသောပံ့ပိုးထောက်ပံ့သူဖြစ်သည်။



နို့အစားထိုးကျွေးခြင်း (Milk Substitution Section)

ကျောင်းသား နို့နှင့်မတူခြင်း (ခန္ဓာကိုယ်၌ ၊ ဉာဏ်စွမ်းရည်၌) ထိခိုက်နိုင်ခြင်းရှိပြီး ထိုကျောင်းသားအတွက် နို့အစားထိုးအစားအစာ ကန့်သတ်အစာအဟာရပေးရန်လိုသလား?

လိုပါသည် မလိုပါ

ကျောင်းသားသည် နို့အစားထိုး အစားအစာဘာကြောင့်လိုသည်ကိုရှင်းပြပါ

နို့အစားထိုးသင့်လျော်သော အစားအစာများ

ဒိန်ချဉ် နှင့် ဒိန်ခဲ (ချိုစ်) ကိုစားလို့ရသလား? ရပါသည် မရပါ

နို့တွင်ပါဝင်သော ဖက်စပ်ရောနှောပစ္စည်းများကို စားသောက်လို့ရသလား? ရပါသည် မရပါ

ဖွံ့ဖြိုးတိုးမြှင့်ရေးအဖွဲ့ဝင်များ၏ လိုင်စင်ရ အစာအဟာရပညာရှင်များမှ အကြံပေးထောက်ခံသော အစားထိုးအစားအစာများကို ကျနော်/မ တို့သဘောတူပါသည်

ဆရာဝန်လက်မှတ် _____

ဆရာဝန်အမည် _____

ဖုံးနံပါတ် _____ အီးမေးလ် _____ ဇန့်ဖွဲ့ _____