



Food & Nutrition Services

Salina Public Schools

Discontinuación de Modificación de Alimentos

Nombre del Estudiante _____

Escuela _____

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente ya no necesita la modificación de alimentos prescrita previamente efectivo en la fecha de este formulario.

Nombre Impreso del Padre / Tutor o Autoridad Médica

Firma del Padre / Tutor o Autoridad Médica

Fecha

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.