

**MEDICAL STATEMENT TO REQUEST  
SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS**



8732049485

<b>1. Student ID# / Número de estudiante</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>2. Name of Child or Participant / Nombre del niño o participante</b> <input style="width:100%;" type="text"/>	<b>3. Age or Date of Birth / Edad o fecha de nacimiento</b> <input style="width:100%;" type="text"/>
<b>4. Site Name / Nombre del lugar (School Name)</b> <input style="width:100%;" type="text"/>	<b>5. Grade / Grado</b> <input style="width:100%;" type="text"/>	<b>6. Site Phone Number / Teléfono del lugar</b> <input style="width:100%;" type="text"/>
<b>7. Name of Parent or Guardian / Nombre del padre, madre o tutor</b> <input style="width:100%;" type="text"/>		<b>8. Phone Number / Teléfono</b> <input style="width:100%;" type="text"/>

**SECTIONS 9 - 15 to be completed by physician or medical authority**  
 \*For this purpose, a state licensed healthcare professional in California is a licensed physician, a physician assistant, or a nurse practitioner.  
 \*Para este propósito, un profesional de la salud con licencia del estado en California es un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia.

**9. Description of Child or Participant's Physical or Mental Impairment Affected / Descripción del impedimento físico o mental afectado del niño o participante:**

**10. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation to Ensure Proper Implementation / Explicación de la dieta prescrita o adaptación para asegurar una implementación adecuada:**

**11. Indicate Food Texture for Above Child or Participant / Indique la textura de los alimentos para el niño o participante mencionado anteriormente:**  
 Regular     Chopped     Ground     Pureed

**12. Foods to be Omitted and Appropriate Substitutions / Alimentos que deben excluirse y sustituciones apropiadas:**

<p><b>DAIRY Suggested Substitution:</b> _____</p> <input type="checkbox"/> Fluid Milk. Substitute with <input type="checkbox"/> lactose-free milk <input type="checkbox"/> soy milk <input type="checkbox"/> juice <input type="checkbox"/> water <input type="checkbox"/> Cheese and recipes with cheese listed as an ingredient <input type="checkbox"/> Yogurt <input type="checkbox"/> Recipes with any dairy listed as an ingredient (milk or cheese) <p><b>EGG Suggested Substitution:</b> _____</p> <input type="checkbox"/> Whole eggs such as scrambled eggs or hard cooked eggs <input type="checkbox"/> Recipes with any egg listed as an ingredient <p><b>WHEAT / GLUTEN Suggested Substitution:</b> _____</p> <input type="checkbox"/> Recipes with any wheat listed as an ingredient <p><b>FISH OR SHELLFISH Suggested Substitution:</b> _____</p> <input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Shellfish (Cafeterias do not serve shellfish, i.e. crab or shrimp) <p><b>NUTS Suggested Substitution:</b> _____</p> <input type="checkbox"/> Peanuts <input type="checkbox"/> Tree nuts (i.e. almonds, walnuts)	<p><b>CORN Suggested Substitution:</b> _____</p> <input type="checkbox"/> Whole corn such as corn from salad bar <input type="checkbox"/> Recipes with corn / corn products listed as an ingredient (i.e. cornflakes, muffins, tortilla chips, etc.) <p><b>SOY Suggested Substitution:</b> _____</p> <input type="checkbox"/> Visible soy (soymilk, soy sauce) <input type="checkbox"/> Recipes with any soy listed as an ingredient (i.e. soybean oil, soy lecithin, soy protein isolate) <p><b>OTHER</b> <input type="checkbox"/> Other; Please specify if it is visible or as an ingredient</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; text-align: center;">Foods to Be Omitted</td> <td style="width:50%; text-align: center;">Suggested Substitutions</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>	Foods to Be Omitted	Suggested Substitutions						
Foods to Be Omitted	Suggested Substitutions								

**13. Adaptive Equipment to be Used / Equipo de adaptación que se debe usar:**

<b>14. Signature of State Licensed Healthcare Professional* / Firma del profesional de la salud con licencia del estado*</b> <input style="width:100%; height: 40px;" type="text"/>	<b>15. Printed Name / Nombre número con letra de imprenta</b> <input style="width:100%;" type="text"/>	<b>16. Phone Number / Teléfono</b> <input style="width:100%;" type="text"/>	<b>17. Date / Fecha</b> <input style="width:100%;" type="text"/>
--	---	--	---

**Please return completed form directly to Nutrition Services - Fax: (909) 881-8016 or to school nurse/health office. For any questions or concerns, please call the nutrition specialist at (909) 881-8000 ext. 240. Please allow up to 5 business days for your special meal accommodation to be processed by nutrition services upon receiving your completed form. The information on this form should be updated to reflect the current medical and/or nutritional needs of the participant.**  
**Por favor regrese la forma completa a Servicios de Nutrición al Fax (909) 881-8016 o a la enfermera de la escuela/encargada de la salud. Para cualquier pregunta o preocupación, favor de llamar a la especialista de nutrición al (909) 881-8000 ext. 240. Favor de esperar hasta 5 días hábiles para resolver y procesar su pedido por los servicios de nutrición al recibir su forma completada.**

**La información en este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas y nutricionales actuales del participante.**

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; or email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). This institution is an equal opportunity provider.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y las políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados y a las instituciones que participan o administran programas del USDA a discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio o lenguaje de signos americano) deben ponerse en contacto con la agencia (local o estatal) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del servicio federal de retransmisión (Federal Relay Service) al (800) 877-8339. Además, podría estar disponible información de los programas en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación, llene el formulario de quejas por discriminación en los programas del USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y adjunte toda la información solicitada en el formulario. Para pedir una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario de queja completo o carta a USDA por correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.