



مدارس سينسيناتي العامة خدمات الطعام للطلاب - نموذج الاحتياجات الغذائية الخاصة

تتطلب برامج الوجبات المدرسية التابعة لوزارة الزراعة الأمريكية استكمال هذا النموذج من أجل إجراء تعديل معقول على النظام الغذائي في الوجبات المدرسية.

اسم الطالب (الاسم الأول، لقب الأسرة)	تاريخ ميلاد الطالب	السنة الدراسية
<p>أعطى خدمات الطعام للطلاب بمدارس سينسيناتي العامة (CPS SDS) الإذن للتحدث مع السلطة الطبية حول الاحتياجات الغذائية حسب الطلب. أفهم أنه يجوز لي رفض التوقيع على هذا التفويض دون التأثير على أهلية طلبي. أفهم أنه يجوز لي إلغاء الإذن بإصدار هذه المعلومات في أي وقت، إلا إذا تم الإفصاح عن المعلومات بالفعل.</p>		
طلب جديد <input type="checkbox"/>	تغيير الطلب <input type="checkbox"/>	طلب إيقاف <input type="checkbox"/>
توقيع الوالد/الوصي	رقم الهاتف	التاريخ

القسم أ. يجب استكمالها من قبل صاحب السلطة الطبية (طبيب أو طبيب مساعد أو ممرض ممارس)
هل يعاني الطالب من إعاقة تفرض قيودًا على نظامه الغذائي؟
*إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي الأنشطة الحياتية الرئيسية المتأثرة بالإعاقة:

<input type="checkbox"/> الأكل	<input type="checkbox"/> السمع	<input type="checkbox"/> التنفس	<input type="checkbox"/> التعلم	<input type="checkbox"/> غير ذلك
<input type="checkbox"/> الرؤية	<input type="checkbox"/> التحدث	<input type="checkbox"/> المشي	<input type="checkbox"/> الاهتمام بالنفس	

أ. حساسية الطعام أو عدم تحمله مما يؤثر على الأنشطة الحياتية الرئيسية:

حساسية الحليب	عدم تحمل اللاكتوز:	حساسية البيض:
<input type="checkbox"/> تجنب جميع منتجات الألبان أو حدد أدناه	<input type="checkbox"/> تجنب جميع منتجات الألبان أو حدد أدناه	<input type="checkbox"/> تجنب جميع منتجات البيض أو حدد أدناه
<input type="checkbox"/> تجنب الجبن	<input type="checkbox"/> تجنب الجبن	<input type="checkbox"/> تجنب البيض الكامل (مخفوقًا أو مسلوقةً)
<input type="checkbox"/> تجنب اللبن الزبادي	<input type="checkbox"/> تجنب اللبن الزبادي	<input type="checkbox"/> تجنب البيض كملحون (المخبوزات)
<input type="checkbox"/> تجنب الحليب السائل - استبدله بـ: الماء	<input type="checkbox"/> تجنب الحليب السائل - استبدله بـ: الماء	<input type="checkbox"/> تجنب حليب الصويا
<input type="checkbox"/> حليب الصويا	<input type="checkbox"/> حليب الصويا	<input type="checkbox"/> فول الصويا <input type="checkbox"/> السمسم
<input type="checkbox"/> الفول السوداني	<input type="checkbox"/> المكسرات الشجرية <input type="checkbox"/> السمك	<input type="checkbox"/> المحار <input type="checkbox"/> القمح
<input type="checkbox"/> غير ذلك:		

II. تعديل ملمس الأغذية التي تقدمها المنطقة:

ثالثًا. البديل الموصى به أو متطلبات التغذية الأخرى:

السوائل:	المواد الصلبة:
<input type="checkbox"/> سوائل رقيقة (عادية)	<input type="checkbox"/> عادية
<input type="checkbox"/> عصارة سمكية	<input type="checkbox"/> تم تنعيمه ميكانيكيًا - مفروم
<input type="checkbox"/> بقوام شبيه بالعسل	<input type="checkbox"/> تم تنعيمه ميكانيكيًا - مفروم
<input type="checkbox"/> بقوام شبيه بالبودنج	<input type="checkbox"/> مهروس - بقوام التفاح المطبوخ
<input type="checkbox"/> المهروس	

الأدوات الخاصة المطلوبة:

اسم صاحب السلطة الطبية (با حروف واضحة)	رقم الهاتف	التاريخ
توقيع صاحب السلطة الطبية		

القسم ب. يجب أن يكمله الوالد/ولي الأمر هل لدى الطالب تفضيل غذائي؟

تقوم وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية بتقييد تعديلات القائمة بسبب التفضيلات؛ ومع ذلك، تخطط خدمات طعام الطلاب بمدارس سينسيناتي العامة (CPS SDS) لوضع قائمة لتقديم مجموعة متنوعة من الخيارات يوميًا لتلبية الاحتياجات الغذائية.

نعم لا غير ذلك: _____

عدم تحمل الحليب أو حدد أدناه
 لا دجاج | لا لحم بقر | نباتي || تجنب الجبن | لا ديك رومي | لا لحم خنزير | نباتي |
| تجنب اللبن الزبادي | | | |
| تجنب الحليب السائل - استبدله بالماء | | | |

هذه المؤسسة توفر فرصًا متساوية.

قم بإعادة النموذج المكتمل إلى: cpsfs@cpsboe.k12.oh.us