



Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations

Federal law and USDA regulation require Child Nutrition Programs to make reasonable modifications to accommodate children with disabilities. Under the law, a disability is an impairment which substantially limits a major life activity or bodily function, which can include allergies and digestive conditions, but does not include personal dietary preferences.

Site Name: _____	Submit this form to: Kristina Morgan (kristina.morgan@medford.k12.or.us)
----------------------------	--

Part I To be completed by Parent/Guardian, Adult Participant, or Organization

Name of Participant: _____	
Parent/Guardian Name: _____	Phone #: _____

Part II To be completed *only* by a State licensed health care professional who is authorized to write medical prescriptions under State law* or a Registered Dietitian** (CACFP and SNP only).

1. Describe the major life activity or major bodily function(s) affected by the participant's physical or mental impairment that restricts the diet:		
2. Meal Accommodation Plan (Foods to omit or avoid):		
3. Foods to be substituted and recommended alternatives (include modification and accommodation):		
Signature of State Licensed Health Care Professional* or Registered Dietitian**:		
_____	_____	_____
Printed Name	Signature	Date

Part III Organization Use Only

Accommodation(s) Made: _____	
Sponsor Signature: _____	Date _____

Instructions for completing the Meal Preference Request Form:

1. **Organization Name:** Include the name of the sponsoring organization that is providing the form
2. **Site Name:** Print the name of the site where meals will be served (e.g., ABC School, XYZ Child Care Center)
3. **Submit this form to:** Include the name and contact information for the organization staff who will be collecting the completed form
4. **Part I:** This section can be completed by the **Parent/Guardian, Adult Participant, or Organization**
 - a. **Name of Participant:** Print the first and last name of the child or adult participant
 - b. **Parent/Guardian Name:** Print the first and last name(s) of the parent or guardian. This is not required for adult participants.
 - c. **Phone #:** Include a number for the parent/guardian in case of questions
5. **Part II:** This section must be completed by a **State licensed health care professional* or Registered Dietitian**:**
 - a. In section 1 – **Describe:** The major life activity or major bodily function affected by the participant's physical or mental impairment that restricts the diet.
 - b. In section 2 – **Meal Accommodation Plan:** Provide any foods to omit or avoid.
 - c. In section 3 – **Foods to be substituted and recommended alternatives:** Provide the modification and accommodation.
6. **Part III:** This section must be completed by the sponsoring organization after Parts I and II are completed.
 - a. **Accommodations Made:** The sponsoring organization staff will indicate what accommodations will be made for the requests made in Part II.
 - b. **Sponsor Signature and Date:** The sponsoring organization staff will sign and date the form. This form will be considered incomplete if this section is not filled in.

This form is only for participants requiring a medical meal accommodation and should be filled out by a state licensed medical professional* or Registered Dietitian**. Participants requesting a Non-Medical Meal Accommodation and/or a Milk Substitution will use the Meal Preference Request Form.

***State License Health Care Professionals** include: Medical Doctors of Medicine (MD); Doctors of Osteopathy (DO); Doctors of Naturopathy (ND); Physician's Assistant (PA); Certified Nurse Practitioner(CNP) or Clinical Nurse Specialist (CNS) Doctor of Dental Medicine (DMD); Doctor of Dental Surgery (DDS); Doctor of Optometry (OD).

****Registered Dietitian (RD/RDN)** are authorized by USDA in 7 CFR 210.10(m) and 7 CFR 226.20(g)(1) to complete and sign medical statements for SNP and CACFP participants.

Instrucciones para completar el formulario de solicitud de preferencia de comidas:

1. **Nombre de la organización:** Incluya el nombre de la organización patrocinadora que facilita el formulario
2. **Nombre del sitio:** Escriba con letra de imprenta el nombre del lugar donde se servirán las comidas (por ejemplo, Escuela ABC, Guardería XYZ)
3. **Envíe este formulario a:** Incluya el nombre y la información de contacto del personal de la organización que recogerá el formulario completado
4. **Parte I:** Esta sección la puede completar el padre/madre/tutor, participante adulto u organización
 - a. **Nombre del participante:** Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido del niño o del adulto participante
 - b. **Nombre del padre, madre o tutor:** Escriba en letra de imprenta el nombre y apellido del padre, madre o tutor. No es necesario para los participantes adultos.
 - c. **Teléfono:** Incluya un número para el padre/tutor en caso de preguntas
5. **Parte II:** Esta sección debe completarse con un **profesional de la salud con licencia estatal* o dietista registrado**:**
 - a. En la sección 1 - **Describe:** La actividad vital principal o la función corporal principal afectada por la discapacidad física o mental del participante que restringe la dieta.
 - b. En la sección 2 - **Plan de adaptación de comidas:** Indique los alimentos que debe omitir o evitar.
 - c. En la sección 3 - **Alimentos que deben sustituirse y alternativas recomendadas:** Proporcione la modificación y la adaptación.
6. **Parte III:** Esta sección debe ser completada por la organización patrocinadora después de que se completen las Partes I y II.
 - a. **Adaptaciones realizadas:** El personal de la organización patrocinadora indicará qué adaptaciones se harán para las solicitudes realizadas en la Parte II.
 - b. **Firma y fecha del patrocinador:** El personal de la organización patrocinadora firmará y fechará el formulario.
Este formulario se considerará incompleto si no se llena esta sección.

Este formulario es sólo para los participantes que requieran una adaptación médica para la comida y debe ser completado por un profesional médico autorizado por el estado* o un dietista registrado**. Los participantes que soliciten una Adaptación no Médica para Comidas y/o una Sustitución de Leche utilizarán el Formulario de Solicitud de Preferencia de Comidas.

***Los profesionales de salud con licencia estatal** incluyen: Doctores en Medicina (MD); Doctores en Osteopatía (DO); Doctores en Naturopatía (ND); Asistentes Médicos (PA); Enfermeros Certificados (CNP) o Enfermeros Clínicos Especialistas (CNS), Doctores en Odontología (DMD); Doctores en Cirugía Dental (DDS); Doctores en Optometría (OD).

****Los dietistas registrados (RD/RDN)** están autorizados por el USDA en 7 CFR 210.10(m) y 7 CFR 226.20(g)(1) para completar y firmar las declaraciones médicas de los participantes de SNP y CACFP.