



# International Leadership of Texas Child Nutrition Department

## Physician's Diet Modification Form

### Procedures

#### Return Form to the ILTexas Child Nutrition Department/ILTexas Cashier

The U.S. Department of Agriculture's (USDA) National School Lunch Program (NSLP) and School Breakfast Program (SBP) require that schools make substitutions to the regular meal for students who are unable to eat the meal because of their disabilities. The **International Leadership of Texas (ILTexas)** Child Nutrition Department will make reasonable accommodations when a student's disability restricts his/her diet, and the disability is supported by a medical statement signed by a medical authority that is licensed by a State to write medical prescriptions or meal accommodation requirement in a student's individualized education program (IEP).

A completed Physician's Diet Modification Form must be on file with the Child Nutrition Department before accommodation can be arranged. The form can be downloaded below.

Information submitted during enrollment is **NOT** received by the Child Nutrition Department. This includes food allergies and intolerances. A completed Physician's Diet Modification Form is the **ONLY** record the Child Nutrition Department receives and uses to document any special dietary needs.

#### **Peanut Aware**

International Leadership of Texas Policy excludes serving peanut products at ILTexas. School-provided lunches may contain ingredients that are not necessarily manufactured in a nut-free environment and may contain allergens, including peanuts.

#### **Special Diet Accommodations Due to Food Allergies**

Complete the Physician's Diet Modification Form if your student has a disability or severe food allergy. This form will require a licensed physician's or Registered Dietitian signature. See below for further explanation under "Students with Disability" section.

#### **Students with Disability**

ILTexas Child Nutrition Department strives to offer healthy, well-balanced meals that are required to meet strict nutritional guidelines and standards for the National School Breakfast and Lunch Programs overseen by the Texas Department of Agriculture (TDA). We are able to provide an alternate menu, for students with a medical disability once we receive documentation signed by a medical authority licensed to write prescriptions by the state.

Meal Accommodations are required for students that have:

- A physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities including eating. For Example: Digestion is an example of a bodily function that is a major life activity.
- Food allergies that may result in severe, life-threatening (anaphylactic) reactions

All Physician's Diet Modification Form must be submitted directly to the Child Nutrition Department. A new form is not required each year, however, any changes to a student's health needs must be updated and include a signed statement from a licensed medical authority.

#### **Food Allergies or Intolerances**

Students with food allergies or intolerances that are not defined as life-threatening (anaphylactic) reactions are not considered to have a disability. It is not required that food substitutions for non-life-threatening allergies or intolerances be accommodated.

However, the ILTexas Child Nutrition Department is happy to work with families on a case-by-case basis to accommodate these needs. Medical documentation is required before any menu substitutions or modifications will be considered.



# International Leadership of Texas Child Nutrition Department

## Physician's Diet Modification Form

### Procedures

#### **Religious or Personal Preferences**

Menu substitutions or modifications will not be made for personal requests, including religious or personal preferences. Nutrition information is available at [ILTexas Nutrislice](#) to help students plan their meals in a way that fits with their preferences.

A note can be added to your student's account as a reminder to the cafeteria staff. However, it is the student's responsibility to choose foods that fit their dietary needs and preferences.

If you would like a note added to your student's account regarding specific eating preferences (i.e. vegetarian, no pork) please email [childnutrition@iltexas.org](mailto:childnutrition@iltexas.org).

#### **The Steps to Complete a Physician's Diet Modification Form**

1. The first step is to print the medical statement form from the “**International Leadership of Texas (ILTexas) Child Nutrition Department**” website: [Physician's Diet Modification Form](#) . Or Health Services/Immunization Info Web Page: <https://www.iltexas.org/families/health-services> The Physician's Diet Modification Form is under the “**Medical Forms & Resource**” tab
2. The Parent/Guardian must return the completed and signed form back to the Child Nutrition Department ([childnutrition@iltexas.org](mailto:childnutrition@iltexas.org)). An Incomplete and unsigned forms will not be accepted. It is a requirement to obtain all necessary information for the school to make any meal accommodations.
3. The Child Nutrition Dietitian will evaluate the request for appropriate meal accommodations. Should there be any questions/adjustments needed with meal accommodation, the Dietitian will email or phone the parent/guardian using the contact information provided on the form.
4. Special dietary modification requests will be processed in order of a first-come basis.
5. If necessary, Parents/Guardians are encouraged to temporarily provide the student with meals from home while the special dietary modification request is being processed for food accommodation and equipment needs.
6. The Assistant Directors, Cafeteria Manager, Nurse, and Cashier will receive notification from our Child Nutrition Dietitian on the final plan for meal accommodation and equipment needs.

#### **Medical Statement for Children with Disabilities**

A child with a disability must be provided with reasonable substitutions in foods when that need is supported by a statement signed by a licensed physician, physician's assistant, or nurse practitioner. The physician's statement must identify:

- The child's disability
- An explanation of why disability restricts the child's diet
- The major life activity affected by the disability
- The food(s) to be omitted from the child's diet, texture modifications and the food or choice of foods that is being requested as a substitution.

#### **Menu Modifications for Children Without Disabilities**

The school food authority will decide these situations on a case-by-case basis. This provision covers those students who have food intolerances or allergies that do not affect a major life activity.

- IL Texas will consider an additional non-disability accommodation request for students in regard to



# **International Leadership of Texas Child Nutrition Department**

## **Physician's Diet Modification Form**

### **Procedures**

religious/ cultural beliefs if a special dietary modification request has been submitted.

- IL Texas will not make meal accommodations for food preferences. A variety of food options are offered daily for students to choose their preferred food items.
- Students are not required to take milk. There is also a choice of water daily. IL Texas will provide a fluid milk substitution if a special dietary modification request has been submitted.

#### **Contact Information**

If you have any questions, email the Child Nutrition Department at [childnutrition@iltexas.org](mailto:childnutrition@iltexas.org).

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by: 1. mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; or 2. fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or 3. email: [Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov) This institution is an equal opportunity provider.



# International Leadership of Texas Child Nutrition Department

## Physician's Diet Modification Form

### Procedures

#### Regresar al Departamento de Nutrición Infantil de ILTexas/Cajero de ILTexas

El Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP) y el Programa de Desayunos Escolares (SBP) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) exigen que las escuelas sustituyan la comida regular de los estudiantes que no pueden consumirla debido a su discapacidad. **El Departamento de Nutrición Infantil de Liderazgo Internacional de Texas (ILTexas)** realizará adaptaciones razonables cuando la discapacidad de un estudiante restrinja su dieta y esta esté respaldada por un certificado médico firmado por una autoridad médica autorizada por un estado para recetar medicamentos o por un requisito de adaptación de comidas en el programa educativo individualizado (IEP) del estudiante.

Se debe presentar en el Departamento de Nutrición Infantil un Formulario de Modificación de Dieta del Médico debidamente completado antes de que se pueda gestionar la adaptación. Puede descargar el formulario a continuación.

El Departamento de Nutrición Infantil no recibe la información presentada durante la inscripción. Esto incluye alergias e intolerancias alimentarias. El Formulario de Modificación de Dieta del Médico, debidamente completado, es el ÚNICO registro que el Departamento de Nutrición Infantil recibe y utiliza para documentar cualquier necesidad dietética especial.

#### Consciente del Maní

La política de Liderazgo Internacional de Texas excluye el servicio de productos con cacahuete en ILTexas. Los almuerzos escolares pueden contener ingredientes que no necesariamente se elaboran en un entorno libre de frutos secos y pueden contener alérgenos, como el cacahuete.

#### Adaptaciones Dietéticas Especiales Debido a Alergias Alimentarias

Complete el Formulario de Modificación de Dieta del Médico si su estudiante tiene una discapacidad o una alergia alimentaria grave. Este formulario requiere la firma de un médico colegiado o un dietista registrado. Consulte la sección "Estudiantes con discapacidad" para obtener más información.

#### Estudiantes con Discapacidad

El Departamento de Nutrición Infantil de ILTexas se esfuerza por ofrecer comidas saludables y equilibradas que cumplan con las estrictas directrices y estándares nutricionales de los Programas Nacionales de Desayuno y Almuerzo Escolar, supervisados por el Departamento de Agricultura de Texas (TDA). Podemos ofrecer un menú alternativo para estudiantes con discapacidad médica una vez que recibamos la documentación firmada por una autoridad médica autorizada por el estado para recetar.

Se requieren adaptaciones alimentarias para los estudiantes que presenten:

- Una discapacidad física o mental que limite considerablemente una o más actividades importantes de la vida, incluyendo la alimentación. Por ejemplo: la digestión es un ejemplo de una función corporal que constituye una actividad importante de la vida.
- Alergias alimentarias que puedan provocar reacciones graves y potencialmente mortales (anafilácticas).

Todo Formulario de Modificación de Dieta del Médico debe entregarse directamente al Departamento de Nutrición Infantil. No se requiere un nuevo formulario cada año; sin embargo, cualquier cambio en las necesidades de salud del estudiante debe actualizarse e incluir una declaración firmada por una autoridad médica autorizada.

Los estudiantes con alergias o intolerancias alimentarias que no se definan como reacciones anafilácticas potencialmente mortales no se consideran discapacitados. No es necesario adaptar alimentos para alergias o intolerancias que no pongan en peligro la vida.

Sin embargo, el Departamento de Nutrición Infantil de ILTexas colaborará con las familias caso por caso para atender estas necesidades. Se requiere documentación médica antes de considerar cualquier sustitución o modificación del menú.



# International Leadership of Texas Child Nutrition Department

## Physician's Diet Modification Form

### Procedures

#### **Preferencias religiosas o personales**

No se realizarán sustituciones ni modificaciones del menú por peticiones personales, incluidas preferencias religiosas o personales. La información nutricional está disponible en [ILTexas Nutrislice](#) para ayudar a los estudiantes a planificar sus comidas según sus preferencias.

Se puede agregar una nota a la cuenta del estudiante como recordatorio para el personal de la cafetería. Sin embargo, es responsabilidad del estudiante elegir alimentos que se ajusten a sus necesidades y preferencias dietéticas.

Si desea agregar una nota a la cuenta del estudiante sobre preferencias alimentarias específicas (por ejemplo, vegetariano, sin cerdo), envíe un correo electrónico a [childnutrition@iltexas.org](mailto:childnutrition@iltexas.org).

#### **Pasos para Completar el Formulario de Modificación de Dieta del Médico**

1. El primer paso es imprimir el formulario de declaración médica del sitio web del Departamento de Nutrición Infantil de Liderazgo Internacional de Texas (ILTexas): [Physician's Diet Modification Form](#). O bien, visite la página web de Servicios de Salud/Información sobre Vacunación: <https://www.iltexas.org/families/health-services>. El Formulario de Modificación de la Dieta del Médico se encuentra en la pestaña "Formularios y Recursos Médicos".
2. El padre/tutor debe devolver el formulario completo y firmado al Departamento de Nutrición Infantil ([childnutrition@iltexas.org](mailto:childnutrition@iltexas.org)). No se aceptarán formularios incompletos ni sin firmar. Es fundamental obtener toda la información necesaria para que la escuela pueda realizar las adaptaciones alimentarias.
3. El/La dietista de nutrición infantil evaluará la solicitud de adaptaciones alimentarias adecuadas. Si surge alguna pregunta o se requieren ajustes en las adaptaciones alimentarias, el/la dietista se comunicarán por correo electrónico o teléfono con el padre/tutor utilizando la información de contacto proporcionada en el formulario.
4. Las solicitudes de modificaciones dietéticas especiales se procesarán por orden de llegada.
5. Si es necesario, se recomienda a los padres o tutores que proporcionen temporalmente al estudiante comidas desde casa mientras se procesa la solicitud de modificación dietética especial para las necesidades de alojamiento y equipo alimentario.
6. Los subdirectores, el gerente de la cafetería, la enfermera y el cajero recibirán una notificación de nuestra dietista de nutrición infantil sobre el plan final para el alojamiento de comidas y las necesidades de equipo.

#### **Declaración Médica para Niños con Discapacidad**

A un niño con discapacidad se le deben proporcionar sustituciones razonables de alimentos cuando dicha necesidad esté justificada por una declaración firmada por un médico colegiado, un asistente médico o una enfermera practicante. La declaración del médico debe identificar:

- La discapacidad del niño
- Una explicación de por qué la discapacidad restringe la dieta del niño
- La actividad principal de la vida afectada por la discapacidad
- Los alimentos que se deben omitir de la dieta del niño, las modificaciones de textura y el alimento o la selección de alimentos que se solicita como sustitución.

#### **Modificaciones del Menú para Niños sin Discapacidades**

La autoridad alimentaria escolar decidirá estas situaciones caso por caso. Esta disposición se aplica a los estudiantes con intolerancias o alergias alimentarias que no afectan una actividad vital importante.

- IL Texas considerará una solicitud de adaptación adicional no relacionada con discapacidades para estudiantes en relación con creencias religiosas o culturales si se ha presentado una solicitud de modificación dietética especial.
- IL Texas no realizará adaptaciones de comidas según preferencias alimentarias. Se ofrece una variedad de opciones de comida diariamente para que los estudiantes elijan sus alimentos preferidos.



# International Leadership of Texas Child Nutrition Department

## Physician's Diet Modification Form

### Procedures

- No es necesario que los estudiantes tomen leche. También se ofrece agua a diario. IL Texas proporcionará un sustituto de leche líquida si se ha presentado una solicitud de modificación dietética especial.

#### **Información del Contacto**

Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico al Departamento de Nutrición Infantil a [childnutrition@iltexas.org](mailto:childnutrition@iltexas.org).

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por: (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights Texas Department of Agriculture | Food and Nutrition Division Section 3, Civil Rights & Confidentiality | February 14, 2025 | Page 9 of 19 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410; o (2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades



# International Leadership of Texas Child Nutrition Department

## Physician's Diet Modification Form

The form is to be completed by an authorized medical professional. Return the completed copy to [childnutrition@iltexas.org](mailto:childnutrition@iltexas.org) or the ILTexas Cashier.

Information submitted during enrollment is **NOT** received by the Child Nutrition Department. This includes food allergies and intolerances. A completed Physician's Diet Modification Form is the **ONLY** record the Child Nutrition Department receives and uses to document any special dietary needs.

### PART 1: TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN

|                                                                                                                                        |                          |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|
| Student's Name:                                                                                                                        | Student ID #:            |           |
| School:                                                                                                                                | Grade Level:             | DOB:      |
| Parent/Guardian Name:                                                                                                                  | Relationship to Student: |           |
| Email:                                                                                                                                 | Daytime Phone #:         |           |
| Mailing Address:                                                                                                                       | City:                    | Zip Code: |
| Which meal(s) will your student be eating from the school cafeteria? <input type="checkbox"/> Breakfast <input type="checkbox"/> Lunch |                          |           |

### PART 2: MUST BE COMPLETED BY STUDENT'S TREATING PHYSICIAN (PLEASE PRINT)

Does the student have an identified disability, food allergy, or food intolerance requiring a special diet?

If YES: **Complete PART 2**



If NO: A special diet is not required

- ☐ **SEVERE ALLERGY:** Student has a food allergy that is severe or causes an anaphylactic reaction
- ☐ **MILD ALLERGY:** Student has a food allergy that is less severe or does not cause an anaphylactic reaction
- ☐ **FOOD INTOLERANCE:** Student has a food intolerance that requires a modified diet
- ☐ **DISABILITY:** Student has a disability that requires a modified diet

Please choose foods to omit from a student's diet during the school day (select all that apply).

#### Dairy

#### Eggs

#### Soy

- |                                                                                          |                                                                        |                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lactose Intolerance                                             | <input type="checkbox"/> Whole Eggs Only (i.e. scrambled, hard-boiled) | <input type="checkbox"/> Soy protein only                                                     |
| <input type="checkbox"/> Fluid Dairy Milk Only                                           | <input type="checkbox"/> All menu items with eggs as an ingredient     | <input type="checkbox"/> Soybean oil only                                                     |
| <input type="checkbox"/> All Plain Dairy Products Only (milk, cheese, yogurt, ice cream) |                                                                        | <input type="checkbox"/> All items on the menu with soy ingredients (incl. soy lecithin, oil) |
| <input type="checkbox"/> All menu items with dairy as an ingredient                      |                                                                        |                                                                                               |

#### Nuts

#### Fish/Shellfish

#### Wheat/Gluten

- |                                                              |                                    |                                                                            |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Peanuts                             | <input type="checkbox"/> Fish      | <input type="checkbox"/> All items on the menu with wheat as an ingredient |
| <input type="checkbox"/> Tree Nuts                           | <input type="checkbox"/> Shellfish | <input type="checkbox"/> Celiac                                            |
| <input type="checkbox"/> <b>Other:</b> Please Specify: _____ |                                    |                                                                            |

- ☐ **Texture Modification:** Please Specify (blended, chopped, thickener, etc.): \_\_\_\_\_

I certify that the above-named student requires food substitutes as described above due to their disability, food allergies, or food intolerance.

Medical Authority Name (Printed):

Phone

Number:

Medical Authority Signature:

Date:

The Child Nutrition Department will attempt to accommodate the substitutions as requested but reserves the right to modify the menu based on product availability

This institution is an equal opportunity provider.  
Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.