



DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE REFEIÇÕES ESPECIAIS E/OU ADAPTAÇÕES

☐ **Nova** Solicitação ☐ **Alterar/**Modificar Solicitação Existente ☐ **Descontinuar** Solicitação

PARTE 1: INFORMAÇÕES GERAIS - A SER PREENCHIDA PELOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Entendo, como pai/mãe, que é meu dever atualizar este formulário sempre que houver uma mudança ou descontinuação das necessidades dietéticas e entregá-lo à enfermeira da escola. Autorizo os Serviços de Alimentação e Nutrição (FNS) das Escolas Públicas do Condado de Broward a entrar em contato com o profissional de saúde licenciado pelo estado para discutir as necessidades dietéticas, conforme solicitado.

X ASSINATURA DO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL		DATA	NÚMERO DE CONTATO DO PAI/MÃE/RESPONSÁVEL
Nome e Sobrenome do(a) Estudante		Um profissional de saúde licenciado pelo estado pode ajudar os pais/responsáveis a preencher esta seção. Intolerância à Lactose ☐ Sem iogurte devido à intolerância à lactose ☐ Sem queijo devido à intolerância à lactose ☐ Sem leite líquido devido à intolerância à lactose Ofereça como alternativa: ☐ Leite de vaca sem lactose ☐ Água ☐ Leite de soja	
Data de Nascimento do(a) Estudante			
Nome da Escola/Centro			
Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável			

PART 2: ALLERGIES - COMPLETED BY STATE LICENSED HEALTHCARE PROFESSIONAL (A SER PREENCHIDA POR PROFISSIONAL DE SAÚDE LICENCIADO PELO ESTADO)

Section A: Student with Medical Disability/Life-Threatening

Does the student have a disability which restricts the student's diet? ☐ Yes* ☐ No

***If Yes**, describe or state the student's **disability** or **diagnosis**. Explain why it restricts the student's diet and list major life activities affected by the disability: _____

Food Allergy: Student has food allergies that **ARE** life threatening/anaphylactic: ☐ Yes, continue with this section.
☐ No, refer to section B.

Milk/Dairy Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Fluid Dairy Milk
☐ No Yogurt ☐ No Cheese ☐ No menu items with milk as an ingredient - - Substitute with ☐ Soy Milk ☐ Water

Egg Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Whole Eggs (such as scrambled or boiled) ☐ No menu items with egg as an ingredient

☐ **Soy Allergy** (soy oil is allowed)

Additional Food Allergies: (Please print) _____

Section B: Student with **NO** Medical Disability/**Non-Life-Threatening**

Student has allergies/intolerances that are NOT life-threatening/anaphylactic:

Milk/Dairy Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Fluid Dairy Milk
☐ No Yogurt ☐ No Cheese ☐ No menu items with milk as an ingredient - - Substitute with ☐ Soy Milk ☐ Water

Egg Allergy: Check **ALL** that apply. ☐ No Whole Eggs (such as scrambled or boiled) ☐ No menu items with egg as an ingredient

☐ **Soy Allergy** (soy oil is allowed)

Additional Food Allergies: (Please print) _____

Indicate Food Texture for Above Student: ☐ Regular ☐ Pureed

PART 3: SIGNATURE – COMPLETED BY A LICENSED MEDICAL PROFESSIONAL (A SER PREENCHIDA POR PROFISSIONAL MÉDICO LICENCIADO)

Printed Name of State Licensed Medical Professional	Title: ☐ Physician	☐ Physician Assistant	☐ Nurse Practitioner (ARNP)	☐ Registered Dietitian/Nutritionist
Signature of State Licensed Medical Professional	Date Signed			
Medical Office Address	Medical Office Phone Number			

VALID FOR ONE YEAR FROM THIS DATE



DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE REFEIÇÕES ESPECIAIS E/OU ADAPTAÇÕES

INSTRUÇÕES

Os pais ou responsáveis devem preencher a Parte 1. **Um profissional de saúde licenciado pelo estado**, que esteja autorizado a prescrever medicamentos de acordo com a lei estadual, deve preencher as **Partes 2 e 3**. Na Flórida, incluem-se médicos, assistentes de médicos ou enfermeiros (ARNP).

PARTE 1: INFORMAÇÕES GERAIS - A SER PREENCHIDA PELO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

1. **Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável** Leia a declaração de responsabilidade. Em seguida, assine, date e inclua o número de telefone do pai/mãe/responsável que está solicitando a refeição e/ou adaptação especial para o estudante/participante.
2. **Nome e Sobrenome do(a) Estudante:** Escreva o nome do estudante que está solicitando refeições e/ou adaptações especiais.
3. **Data de Nascimento:** Escreva a data de nascimento do estudante.
4. **Nome da Escola/Centro:** Escreva o nome do local onde o estudante fará as refeições.
5. **Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável:** Escreva o nome da pessoa que assinou a declaração de responsabilidade.
6. **Intolerância à Lactose:** Indique todos os alimentos que contêm lactose que o estudante não pode consumir. Certifique-se de indicar também uma bebida que o estudante possa tomar.

PARTE 2: ALERGIAS – A SER PREENCHIDA POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE LICENCIADO PELO ESTADO

SEÇÃO A: Preencha esta Seção se o Estudante tiver uma Deficiência Médica que Coloque sua Vida em Risco

7. **O estudante tem alguma deficiência?** Assinale Sim ou Não.
 - a. "Estudante com deficiência" é definido como qualquer estudante que tenha uma **deficiência física ou mental** que limite significativamente uma ou mais **atividades principais da vida**, que tenha registro de tal deficiência, ou que seja considerado como tendo tal **deficiência**.
 - b. "Deficiência física ou mental" significa (a) qualquer distúrbio ou condição fisiológica, desfiguração cosmética ou perda anatômica que afete um ou mais dos seguintes sistemas corporais: neurológico; musculoesquelético; órgãos dos sentidos especiais; respiratório, inclusive órgãos da fala; cardiovascular; reprodutivo; digestivo, geniturinário; hemático e linfático; cutâneo; e endócrino; ou (b) qualquer distúrbio mental ou psicológico, como deficiência intelectual, síndrome cerebral orgânica, distúrbios emocionais ou mentais e dificuldades específicas de aprendizagem.
 - c. As "atividades principais da vida" incluem, entre outras, cuidar de si mesmo, realizar tarefas manuais, ver, ouvir, comer, dormir, andar, ficar em pé, levantar-se, flexionar-se, falar, respirar, aprender, ler, concentrar-se, pensar, comunicar-se e trabalhar.
 - d. "Ter registro de tal deficiência" é definido como ter um histórico ou ter sido classificado (ou classificado incorretamente) como tendo uma deficiência mental ou física que limite significativamente uma ou mais atividades principais da vida.
8. **Deficiência/Diagnóstico:** Descreva ou informe a deficiência ou o diagnóstico do estudante e explique por que isso restringe a alimentação do estudante e liste as atividades principais da vida afetadas pela deficiência.
9. **Alergia Alimentar:** Assinale Sim ou Não para indicar se o estudante tem alguma alergia alimentar com risco de vida. Em caso afirmativo, continue na Seção A. Em caso negativo, siga para a Seção B.
10. **Alergia ao Leite/Laticínios:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir. Selecione uma bebida que o estudante/participante possa tomar.
11. **Alergia a Ovos:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir.
12. **Alergia à Soja:** Assinale se aplicável.
13. **Alergias Alimentares Adicionais:** Inclua outro(s) alérgeno(s) **alimentar(es)** com risco de vida ao(s) qual(is) o estudante é alérgico (por exemplo, amendoim, nozes, trigo, peixe, marisco, gergelim).
14. **Indicar Textura:** Se o estudante ou participante não precisar de nenhuma modificação, marque "Regular"

Seção B: Preencha esta Seção se o Estudante NÃO tiver Deficiência Médica/Alergia/Intolerância Alimentar Sem Risco de Vida.

15. **Alergia ao Leite/Laticínios:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir. Selecione uma bebida que o estudante possa tomar.
16. **Alergia a Ovos:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir.
17. **Alergia à Soja:** Assinale se aplicável.
18. **Alergias Alimentares Adicionais:** Inclua outros alérgeno(s) **alimentar(es)** que não ameace(m) a vida do aluno e ao qual ele é alérgico/intolerante (por exemplo, amendoim, nozes, trigo, peixe, marisco, gergelim).

PARTE 3:

19. **Nome do Profissional de Saúde Licenciado pelo Estado em letra de forma.** Escreva o nome do profissional médico licenciado pelo estado que supervisiona os cuidados com o estudante.
20. **Título:** Assinale a caixa correspondente às credenciais do profissional médico licenciado.
21. **Assinatura do Profissional de Saúde Licenciado pelo Estado:** Assinatura do profissional de saúde licenciado pelo estado que está solicitando a refeição especial ou adaptação.
22. **Data da Assinatura:** A data em que o profissional de saúde licenciado pelo estado assinou o formulário.
23. **Nome do Consultório Médico:** Escreva o nome do consultório onde o estudante recebe atendimento do profissional médico licenciado pelo estado.
24. **Endereço do Consultório Médico:** Endereço do consultório / local de trabalho do profissional médico licenciado pelo estado.
25. **Telefone do Consultório Médico:** Telefone do profissional de saúde licenciado pelo estado.