

Надішліть заповнену форму на адресу:
Auburn School District
Child Nutrition Services
1302 4th Street SW, Auburn, WA 98001
Телефон: 253-931-4972 Факс: 253-931-4835



**Припис дієти
для харчування у школі**

Розділ А: Заповнює батько/матір чи опікун учня.

Ім'я учня: _____ Дата народження: _____ Вік: _____

Назва школи: _____ Клас: _____

Чи буде учень їсти сніданок у школі? Так Ні; Чи буде учень їсти ланч у школі? Так Ні

➡ Якщо ви відповіли **Ні** на обидва запитання вище, **ЗУПИНІТЬСЯ**. Служба харчування не потребує форми.

Я розумію, що у тому випадку якщо зміняться лікувальні та медичні потреби моєї дитини, я несу відповідальність за повідомлення Служби харчування і заповнення нової форми «Припис дієти для харчування у школі».

Підпис батька/матері/опікуна _____

Номер домашнього/соткового телефона _____

Дата підпису _____

Я даю Службі харчування дозвіл зв'язатися з нижченазваним ліцензованим лікарем або визнаним професійним медиком для обговорення вказаних дієтичних потреб. _____

(ініціали батька/матері/опікуна та дата)

Розділ В: Заповняє ліцензований лікар, якщо треба вказати інвалідність, **АБО** визнаний професійний медик (англ. **Recognized Medical Authority**, скор. **RMA**), якщо треба вказати захворювання, що не призводить до інвалідності. Для цілей Припису дієти **RMA** включає ліцензованого лікаря, лікаря-остеопата, ліцензованого асистента лікаря, **ARNP** або ліцензованого лікаря-натуропата.

Діагноз учня? _____

Чи ADA визнає діагноз учня як інвалідність? Так Ні

Якщо ви відповіли Так, вкажіть важливу сферу життєвої діяльності, на яку впливає інвалідність _____

Чи учень має захворювання, яке не є інвалідністю, або особливу потребу у харчуванні чи годуванні? Так Ні

Якщо ви відповіли Так, вкажіть захворювання або потребу _____

Припис дієти- у разі необхідності, будь ласка, прикладіть додаткові інструкції.

Чи дієта прописана учню в зв'язку з хронічним захворюванням? Так Ні

Харчові продукти, які не можна вживати:

Чим замінити:

Якщо вказані харчові продукти заборонені дієтою, **мусить бути надана **детальна інформація** щодо продуктів, якими можна замінити заборонені продукти.

Я посвідчую, що вищеназваний учень потребує, щоб йому/їй готували чи подавали у школі спеціальну їжу, як вказано вище, в зв'язку з інвалідністю або хронічним захворюванням учня.

Підпис ліцензованого лікаря або визнаного професійного медика _____

Дата _____

Ім'я, а також кваліфікація: _____ Телефон: _____ Факс: _____

Надрукувати або написати друкованими літерами

For office use (Для службового користування):

Received by Nurse: _____ Received by Child Nutrition Office: _____

Date & Initials

Date & Initials

Received by Kitchen Manager: _____

Date & Initials

Revised 3-11