

RECETA DE DIETA PARA LAS COMIDAS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante para quien se solicitan las comidas especiales:

Condición médica que requiere el estudiante tener una dieta especial. Por favor incluya una breve descripción de la debilitación física o mental del niño que es suficiente para que la escuela entienda cómo restringe la dieta del niño.

Intolerancias/alergias alimentarias

Alimentos que se omitan y sustituciones (*Consultar grupos de alimentos que se omitirán. Lista de alimentos específicos para omitirse y sugerir sustituciones.*)

Leche para beber Todos los productos de leche Alternar carne y carne Pan y productos de cereales Frutas y verduras

Notas: _____

Es este estudiante intolerante a la lactosa (leche de soja o se proporcionará leche libre de lactosa)? sí No
Si, intolerancia a la lactosa puede estudiante tolerar productos lácteos distintos de la leche líquida? sí No

En caso afirmativo, ¿qué elementos? _____

¿Este estudiante tiene una alergia alimentaria? – **Marque todos que aplican**

Cacahuets Nueces de árbol Trigo Soy Pescado
 Mariscos Huevos Productos lácteos (leche, queso, Yogurt) Otros

Enumere otras alergias a los alimentos en su caso: _____

Otra información sobre dieta o comidas en la escuela:

(*Por favor, proporcione información adicional. Use la parte posterior del formulario o adjunte a este formulario si es necesario*) _____

Es esta alergia mortal? (*Ejemplo: requiere de un epi-pen?*) Sí N°

El alumno requiere preparación bandeja especial por el personal de la cafetería cuando los alérgenos están presentes? Sí N°

Describir la reacción del estudiante cuando se expone al alérgeno: _____

Modificaciones de la textura

Requerida modificación de texturas (si corresponde):

picado tierra Pureed otros

Notas: _____

Certifico que lo anterior nombrado estudiante necesita comidas de escuela especial preparadas como se describió anteriormente, debido a la discapacidad o condición médica crónica.

Reconocido médico/Medical autoridad firma

oficina teléfono

fecha