

Prescripción Dieta para las Comidas en la Escuela
Escuelas de la Ciudad de Hartselle

Fecha:
LEA:

Nombre del Estudiante:
Escuela de asistencia de estudiante:

La información a continuación para ser completada por la autoridad médica reconocida.

Discapacidad o condición médica que requiere que el estudiante tiene una dieta especial. Incluya una breve descripción de la actividad que afecta la vida del estudiante por la discapacidad del estudiante.

Prescripción de Dieta (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| ☐ diabética | ☐ reducido de calorías |
| ☐ Aumento de calorías | ☐ Textura modificada |
| ☐ Otros (Describir) _____ | |

Los alimentos omitidos (Por favor, consulte los grupos de alimentos para ser omitidos.)

- | | |
|--|--|
| ☐ Carnes y suplentes | ☐ Leche y los Productos Lácteos |
| ☐ Pan y Productos de cereales | ☐ Fruta y verdura |
| ☐ Otros (Describir) _____ | |

Sustituciones (Por favor, proporcionar sustituciones sugeridas para los alimentos omitidos o adjuntar información).

Texturas Permitidas de los alimentos (Marque la textura permitido)

- | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Regulares | ☐ Picados | ☐ Molidos | ☐ Puré |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|

Otra información relacionada con la dieta o la alimentación (Por favor proporcionar información adicional en la parte posterior de este formulario o adjuntar a este formulario.)

Certifico que el estudiante arriba mencionado necesita comidas especiales de la escuela preparados como se ha descrito anteriormente, debido a la incapacidad del estudiante o condición médica crónica.

Firma Médico / Reconocida Autoridad Médica

Teléfono de Oficina

Fecha

* Se recomienda que la prescripción de dieta ser renovada anualmente.