



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Office of Food & Nutrition Services

家长/监护人：请将这份表格交给您孩子学校的**护士**。护士将把您孩子的需求告诉学校员工和食品与营养办公室（Office of Food & Nutrition Services）。

护士：请将表格发传真至(202) 442-5634 或扫描至 food.dcps@dc.gov

液体牛奶替代品的申请表

2015-2016 学年

1. 学生姓名	2. 学生证号码 (如果知道)	3. 出生日期
4. 学校		5. 年级/班级教室
6. 家长/法定监护人姓名		7. 电话号码 ()
<p>8. 上面列出的学生没有残疾，但因为医疗或其他特殊的饮食需求正在申请液体牛奶的替代品。这份表格不为由于口味偏好喝液体牛奶的替代品如豆浆的学生提供调整。华府公立学校可酌情选择特定品牌的牛奶替代品，因为合格的替代品必须符合美国农业部（USDA）规定的营养标准。果汁不能作为液体牛奶的替代品提供给医疗或特殊饮食需求没有达到残疾人标准的学生。</p> <p>这份书面声明将持续有效，直至学年结束。学生的父母或法定监护人必须签署这份表格。</p>		
<p>9. 因医疗或其他特殊饮食需求需要液体牛奶的替代品： (备注：如果学生对奶制品不耐受，并且除了牛奶替代品之外还需要膳食的替代品，请填写一份要求膳食调整的医疗声明)。</p>		
<p>10. <input type="checkbox"/> 如果学生参加华府公立学校提供点心或晚餐的课后计划，并需要饮食上的调整，请打勾。</p>		
11. 家长/法定监护人签名	12. 家长/监护人正楷签名	13. 日期

请注意：必要时，这份表格的信息应该更新以反映学生的最新医疗和/或营养需求。