



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Office of Food & Nutrition Services

Parent/Tuteur : Veuillez transmettre ce formulaire à l'**infirmière** de l'école de votre enfant. L'infirmière informera alors le personnel du bureau des services de nutrition (*Office of Food & Nutrition Services*) des besoins de votre enfant.

Infirmière : Faxez le formulaire au 202 442-5634 ou scannez-le et envoyez-le à food.dcps@dc.gov

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMPLACEMENT DU LAIT DE CONSOMMATION Année scolaire 2015-2016

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| 1. Nom de l'élève | 2. Matricule de l'élève (s'il est connu) | 3. Date de naissance |
| 4. École | | 5. Classe/Classe titulaire |
| 6. Nom du parent/Tuteur légal | | 7. Numéro de téléphone () |
| <p>8. L'élève dont le nom figure ci-dessus n'a pas de déficience, mais demande un produit de remplacement du lait de consommation en raison d'un besoin médical ou diététique spécial. Ce formulaire n'est pas destiné à accommoder les élèves qui boivent des produits de remplacement du lait de consommation, tels que le lait de soja, en raison d'une préférence de goût. DCPS sélectionne à son gré une marque spécifique de produit de remplacement du lait de consommation, car les produits acceptables doivent répondre aux exigences en nutriments de l'USDA. Les jus de fruits ne peuvent pas être offerts en tant que produits de remplacement du lait de consommation aux élèves ayant des besoins médicaux ou diététiques spéciaux qui n'aggravent pas la déficience.</p> <p>Cette attestation écrite demeurera en vigueur jusqu'à la fin de l'année scolaire lors de laquelle elle a été reçue. Le parent ou le tuteur légal de l'élève doit signer ce formulaire.</p> | | |
| <p>9. Besoin médical ou autre besoin diététique spécial qui exige un produit de remplacement du lait de consommation : (REMARQUE : Si l'élève a une intolérance aux produits laitiers qui exige des substituts de repas outre le produit de remplacement du lait, veuillez remplir le formulaire d'attestation médicale pour demander des accommodements alimentaires (<i>Medical Statement to Request Dietary Accommodations</i>)).</p> | | |
| <p>10. <input type="checkbox"/> Cocher si l'élève participe au programme offert après l'école dans le cadre duquel DCPS fournit un goûter ou un dîner, et si des accommodements sont nécessaires.</p> | | |
| 11. Signature du parent/Tuteur légal | 12. Nom du Parent/Tuteur en caractères d'imprimerie | 13. Date |

Veuillez noter : Au besoin, les renseignements figurant sur ce formulaire devraient être mis à jour pour refléter les besoins médicaux et/ou nutritionnels actuels de l'élève.