



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

## ATTESTATION MÉDICALE POUR DEMANDER DES ACCOMMODEMENTS ALIMENTAIRES

### 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	
<b>6. Cocher l'énoncé pertinent :</b> <input type="checkbox"/> L'élève a une déficience ou un état pathologique qui <i>nécessite</i> un repas spécial ou un accommodement. (Voir les définitions au verso de ce formulaire.) Les écoles et les organismes qui participent aux programmes de nutrition fédéraux doivent se conformer aux exigences relatives aux repas spéciaux et à tout équipement adapté. <b>Ce formulaire doit être signé par un médecin agréé.</b>  <input type="checkbox"/> L'élève n'a pas de déficience, mais il demande un repas spécial ou un accommodement en raison d'une intolérance alimentaire ou pour d'autres raisons médicales. Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour des raisons de préférences alimentaires. Les écoles et les organismes qui participent aux programmes de nutrition fédéraux sont encouragés à accommoder les demandes raisonnables. <b>Ce formulaire doit être signé par un médecin agréé, un adjoint au médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne).</b>			
7. Déficience ou état pathologique exigeant un repas spécial ou un accommodement et explication de la raison pour laquelle la déficience restreint le régime alimentaire de l'élève :			
8. Si l'élève a une déficience, fournir une brève description de la principale fonction quotidienne qui est affectée par la déficience :			
9. Prescription du régime alimentaire et/ou de l'accommodement : ( <i>Veillez fournir une description détaillée pour assurer une mise en œuvre correcte - au besoin, utilisez des pages supplémentaires</i> )			
<b>10. Indiquer la texture :</b> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Broyée <input type="checkbox"/> Hachée <input type="checkbox"/> En purée			
<b>11. Aliments à éviter et substituts : (<i>Veillez fournir la liste des aliments spécifiques à omettre et des substituts suggérés. Vous pouvez joindre une feuille contenant des renseignements supplémentaires, au besoin.</i>)</b>			
<b>A. Aliments à éviter</b>		<b>B. Substituts suggérés</b>	
_____		_____	
_____		_____	
_____		_____	
12. Équipement adapté :			
13. Goûter/Dîner après l'école :			
<input type="checkbox"/> L'élève participe au programme offert après l'école dans le cadre duquel DCPS fournit un goûter ou un dîner, et des accommodements sont nécessaires.			
14. Signature du parent/Tuteur légal	15. Nom en caractères d'imprimerie	16. Numéro de téléphone	17. Date
18. Signature de l'autorité médicale*	19. Nom en caractères d'imprimerie	20. Numéro de téléphone	21. Date

\* La signature du médecin est obligatoire pour les élèves qui ont une déficience. Pour les élèves qui n'ont pas de déficience, ce formulaire doit être signé par un médecin agréé, un adjoint au médecin ou un(e) infirmier(ère) praticien(ne).

## INSTRUCTIONS

1. **Nom de l'élève** : Inscrire le nom de l'élève à qui appartiennent les renseignements en caractères d'imprimerie.
2. **Matricule de l'élève** : Inscrire le matricule de l'élève à 7 ou 8 chiffres (s'il est connu) en caractères d'imprimerie.
3. **Date de naissance** : Inscrire la date de naissance de l'élève (jj/mm/aaaa) en caractères d'imprimerie.
4. **École** : Inscrire le nom de l'école que fréquente l'élève cette année en caractères d'imprimerie.
5. **Classe/Classe titulaire** : Désigner la classe et la classe titulaire que fréquente l'élève (nom de l'enseignant ou numéro de classe) en caractères d'imprimerie.
6. **Cocher l'énoncé pertinent** : Cocher (✓) une case pour indiquer si l'élève a une déficience ou pas.
7. **Déficience ou état pathologique exigeant un repas spécial ou un accommodement, et explication de la raison pour laquelle la déficience restreint le régime alimentaire de l'élève** : Décrire l'état pathologique qui requiert un repas spécial ou un accommodement et la raison pour laquelle la déficience restreint le régime alimentaire de l'élève (p. ex., le diabète type 1 restreint la quantité de sucre, de glucides et de sodium comprise dans le régime alimentaire de l'élève).
8. **Si l'élève a une déficience, fournir une brève description de la fonction quotidienne principale qui est affectée par la déficience** : Décrire dans quelle mesure l'état physique ou pathologique affecte la déficience (p. ex., l'allergie aux arachides cause une réaction constituant un danger de mort).
9. **Prescription du régime alimentaire et/ou de l'accommodement** : Décrire un régime alimentaire ou un accommodement spécifique qui a été prescrit par un médecin, ou la modification qui doit être apportée au régime alimentaire pour une affection non invalidante (p. ex., tous les aliments doivent être sous forme liquide ou en purée. Le participant ne peut consommer aucun aliment solide).
10. **Indiquer la texture** : Cocher (✓) une case pour indiquer le type de texture d'aliment demandé. Si le participant n'a besoin d'aucune modification, cocher « Normale ».
11. **A. Aliments à omettre** : Citer tous les aliments qui doivent être omis (p. ex., exclure le lait de consommation).  
**b. Substituts suggérés** : Citer les aliments spécifiques à inclure dans le régime alimentaire (p. ex., lait de soja).
12. **Équipement adapté** : Décrire l'aliment spécifique requis pour aider le participant à prendre ses repas (p. ex., verre à bec, cuillère à gros manche, fauteuil roulant, meuble accessible, etc.).
13. **Goûter/Dîner après l'école** : Cocher (✓) la case pour indiquer si l'élève participe à un programme après l'école dans le cadre duquel un goûter ou un dîner est offert et si des accommodements sont nécessaires. Si l'élève ne participe pas, ne pas cocher.
14. **Signature du parent/Tuteur légal** : Signature de la personne qui demande l'attestation médicale de l'élève.
15. **Nom en caractères d'imprimerie** : Inscrire le nom de la personne qui demande l'attestation médicale de l'élève en caractères d'imprimerie.
16. **Numéro de téléphone** : Numéro de téléphone de la personne qui demande l'attestation médicale de l'élève.
17. **Date** : Date à laquelle la personne qui demande l'attestation médicale a signé le formulaire.
18. **Signature de l'autorité médicale\*** : Signature de l'autorité médicale qui requiert le repas ou l'accommodement spécial.
19. **Nom en caractères d'imprimerie** : Inscrire le nom de l'autorité médicale en caractères d'imprimerie.
20. **Numéro de téléphone** : Numéro de téléphone de l'autorité médicale
21. **Date** : Date à laquelle l'autorité médicale a signé le formulaire.

**Les citations sont tirées de la Section 504 de la *Rehabilitation Act* de 1973, *Americans with Disabilities Act* (ADA) de 1990, et de l'*ADA Amendment Act* de 2008 :**

**Une personne atteinte d'une déficience** est une personne ayant une déficience physique ou mentale qui limite de façon substantielle une ou plusieurs des principales fonctions quotidiennes, possède un dossier sur cette déficience ou est considérée comme ayant une telle déficience.

**Déficience physique ou mentale** désigne (a) un trouble ou une affection physiologique, une défiguration esthétique ou une perte anatomique qui affectent un ou plusieurs des systèmes et appareils de l'organisme suivants : système neurologique, appareil locomoteur, organes sensoriels spéciaux, appareil respiratoire, parole, organes, système cardiovasculaire, fonction de reproduction, appareil digestif, organes génito-urinaires, système sanguin et lymphatique, peau et système endocrinien, ou (b) tout trouble mental ou psychologique, tel qu'un retard mental, un trouble mental organique, une maladie mentale et des troubles spécifiques de l'apprentissage.

**Les fonctions quotidiennes principales** comprennent, sans toutefois s'y limiter, prendre soin de soi, exécuter les tâches manuelles, voir, entendre, manger, dormir, marcher, se tenir debout, soulever du poids, se pencher, parler, respirer, apprendre, lire, se concentrer, penser, communiquer et travailler.

**Les fonctions corporelles principales** ont été ajoutées aux fonctions quotidiennes principales et comprennent les fonctions du système immunitaire, le système de croissance normale des cellules, le système digestif, le transit intestinal, la vessie, le système neurologique, le cerveau, l'appareil circulatoire, le système endocrinien et la fonction de reproduction.

« **Possède un dossier sur une telle déficience** » désigne une personne considérée comme ayant (ou pas) des antécédents de déficience mentale ou physique qui limite de façon substantielle une ou plusieurs des fonctions quotidiennes principales.