



Formulaire d'ajustement alimentaire médical

Si votre élève nécessite un programme alimentaire spécial en raison de conditions médicales ou d'allergies à la nourriture, ce formulaire doit être rempli et envoyé par courriel à DCPS Food and Nutrition Services (FNS) à : dietary.forms@k12.dc.gov. Vous devez envoyer un nouveau formulaire chaque fois que vous demandez un changement du régime diététique.

Aussi tôt rempli, FNS vous contactera pour discuter des options du menu. Si vous n'avez pas accès à un courriel, veuillez le soumettre au bureau principal. **Ce formulaire requiert la signature d'un médecin praticien.**

Section A- doit être rempli par le Parent/Tuteur

Nom de l'élève _____ Carte d'élève _____ Classe _____

Nom de l'école _____ Nom de l'enseignant _____

Votre enfant mange-t-il les repas fournis à l'école généralement ? Oui Non

Si oui, quels repas fournis par FNS votre enfant mangera-t-il ?

- Petit-déjeuner Déjeuner Parascolaire

En outre, quels jours votre enfant mangera-t-il plus probablement avec FNS ?

- Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Je certifie que l'élève susmentionné nécessite des repas spéciaux à l'école comme décrit ci-dessus,

Nom du Parent/Tuteur (en lettres majuscules) _____ Signature _____

Numéro de téléphone _____ Courriel _____ Date _____

Section B- doit être rempli par le Médecin Praticien

L'élève a-t-il des allergies à la nourriture ? (Note : FNS ne sert pas de produits contenant des arachides ou des noix) Oui Non

Si oui, veuillez choisir l'allergène de la liste ci-dessous :

Blé

- Toute sorte de blé

Œufs

- Toutes protéines d'œufs - albumine (blanc) et jaune
 Œuf entier - à la coque et brouillé
 Œufs cuits dans des produits sont acceptables (par exemple, crêpes)

Laitier

- Toute sorte de protéines laitières- Caséine, Lactosérum, etc.
 Lait nature
 Fromage
 Yaourt

Autre : _____

Nourriture spécifique à omettre ou à substituer :

Noix (non fournis par FNS)

- Toute sorte de noix

Arachides (non fournis par FNS)

- Toute sorte d'arachides

Soja

- Toute sorte de protéine de soja
 Toute protéine de soja, sauf l'huile de soja

Poisson

- Toute sorte de poisson

Crustacés

- Toute sorte de crustacés

Autre : _____



Section C- doit être rempli par le Médecin Praticien

L'élève nécessite-t-il une modification spéciale des particularités alimentaires ? **Oui** **Non**

Veuillez indiquer la particularité sur l'alimentation spéciale prescrite.

Émincé (veuillez indiquer les instructions spécifiques)

Haché (veuillez indiquer les instructions spécifiques)

Purée (veuillez indiquer les instructions spécifiques)

Section E- doit être rempli par le Médecin Praticien

L'élève a-t-il d'autres besoins nutritionnels ou alimentaires spéciaux ? **Oui** **Non**

Veuillez décrire les besoins des régimes alimentaires, tels que la maladie de cœliaque, le diabète, etc.

Je certifie que l'élève susmentionné nécessite des repas spéciaux à l'école, comme décrit ci-dessus.

Nom du Médecin Praticien _____ **Numéro du bureau** _____

Signature du Médecin Praticien _____ **Date** _____

If received by School Staff, please scan and email to: Dietary.Forms@k12.dc.gov

For district staff only:

Dietitian Name: _____

Contact date: _____