



## 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](mailto:dietary.forms@k12.dc.gov).

Un nouveau formulaire peut être soumis chaque fois qu'un changement alimentaire s'avère nécessaire.

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 (médecin diplômé, assistant de médecin diplômé, ou infirmière praticienne diplômée)**

### Section A - doit être rempli par le Parent/Tuteur

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ De naissance de l'élève \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Nom de l'école \_\_\_\_\_ Carte de l'élève \_\_\_\_\_

Nom de l'enseignant \_\_\_\_\_

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

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

- Petit-déjeuner  Déjeuner  Parascolaire

En outre, quels jours votre enfant mangera-t-il plus probablement dans le cadre de FNS ?

- Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

**Je certifie que l'élève susmentionné nécessite des repas spéciaux à l'école, tel que 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 (médecin diplômé, assistant de médecin diplômé, ou infirmière praticienne diplômée)

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 les allergènes de la liste ci-dessous :

#### Blé

- Tout blé

#### Œufs

- Toutes les 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

- Toutes les protéines laitières - caséine, lactosérum, etc.  
 Lait nature  
 Fromage  
 Yaourt

#### Sésame :

- Tous les sésames

#### Nourriture spécifique à omettre ou à substituer :

#### Noix (non offertes par FNS)

- Toutes les noix

#### Arachides (non offertes par FNS)

- Toutes les arachides

#### Soja

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

#### Poisson

- Tout poisson

#### Crustacé

- Tout crustacé

**Autre :** \_\_\_\_\_



**Section C - doit être rempli par le Médecin Praticien**

L'élève nécessite-t-il une modification spéciale de 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 de 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 de téléphone du bureau \_\_\_\_\_

Signature du Médecin Praticien \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

**Si reçu par le personnel de l'école, veuillez scanner et envoyez par courriel à : [Dietary.Forms@k12.dc.gov](mailto:Dietary.Forms@k12.dc.gov)**

**Pour le personnel du District uniquement :** Nom du diététicien /de la diététicienne : \_\_\_\_\_

Date de contact : \_\_\_\_\_