



Formulaire d'ajustements alimentaires de substitution du lait et philosophique

Si votre élève nécessite un substitut de lait en raison d'une intolérance au lactose ou un repas spécial en raison de préférences alimentaires religieuses/philosophiques, 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. Ce formulaire n'est pas destiné à satisfaire les préférences gustatives d'un élève.

Remarque : FNS ne sert pas de porc ni de produits dérivés du porc dans aucune des écoles de DCPS.

Ce formulaire **ne requiert pas** 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

Section B- doit être rempli par le Parent/Tuteur

Votre élève a-t-il un besoin alimentaire médical ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir le **formulaire d'ajustement alimentaire médical**. Si non, veuillez remplir ce formulaire.

Avez-vous des préférences alimentaires en raison de croyances religieuses/philosophiques ?

Oui Non

Si oui, votre élève nécessite-t-il un repas végétarien ou végétalien ?

Végétarien Végétalien

Si vous avez d'autres préférences, veuillez expliquer :

Cet élève nécessitera-t-il un substitut de lait ?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer : Lait sans lactose ou Lait de soja

(Remarque : Le lait sans lactose et le lait de soja sont l'unique alternative de lait que FNS peut satisfaire)

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

Signature du Parent/Tuteur _____ Numéro de téléphone _____

Courriel _____ Date _____ Meilleure heure du jour pour vous contacter : _____

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



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Services d'alimentation et de nutrition

For district staff only:

Dietitian Name: _____

Contact date: _____