



牛奶替代品与出于理念/宗教信仰的饮食调整表

如果您的孩子因乳糖不耐受而需要牛奶替代品或因宗教信仰/理念而需要特殊的餐点，必须填写这份表格并把它通过电子邮件发给 DCPS 食品和营养服务部(FNS): dietary.forms@k12.dc.gov。学生每次要求调整饮食时都必须提交一份新表格。

这份表格不用于满足学生的口味偏好。

请注意：FNS 在任何一所 DCPS 学校均不提供任何猪肉或猪肉产品。

这份表格不需要医护人员的签名。

A 部分-必须由家长/监护人填写

学生姓名 _____ 学生证号码 _____ 年级 _____

学校名称 _____ 教师姓名 _____

您的孩子通常吃学校提供的餐点吗？ 是 否

如果是，您的孩子会吃 FNS 提供的哪些餐点？

早餐 午餐 课后点心

此外，您的孩子最有可能在哪几天吃 FNS 提供的餐点？

星期一 星期二 星期三 星期四 星期五

B 部分-必须由家长/监护人填写

您的孩子是否因疾病而在饮食上有特殊需求？ 是 否

如果是，请填写 **医用饮食调整表**。 如果否，请填写这份表格。

您是否因宗教信仰/理念而对食物有偏好？

是 否

如果是，您的孩子需要素食或纯素餐点吗？

素食 纯素餐点

如果您还有其他偏好，请说明：

这名学生是否需要牛奶替代品？

是 否

如果回答是，请说明： 不含乳糖的牛奶 或 豆奶

(请注意：不含乳糖的牛奶和豆奶是 FNS 可以提供的唯一的牛奶替代品)

我证明上述学生需要上文所列的特殊校餐，

家长/监护人签名 _____

电话号码 _____

电子邮件地址 _____ 日期 _____ 一天中与您联系的最佳时间： _____

如果学校工作人员收到了表格，请扫描并通过电子邮件发至：Dietary.Forms@k12.dc.gov



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

食品和营养服务部

仅限于学区工作人员填写：

营养师姓名： _____

联系日期： _____