

饮食调整的说明和表格

华府公立学校认识到学生可能会有重要的、多样化的饮食需求。家长可以利用随附的表格，将孩子可能有的任何特殊饮食需要通知孩子的学校，以便确保学校了解每一名学生的饮食需求并做出适当调整。

特殊饮食需求表

这份表格详细说明了学生所需的食物的替代或加工。它列出限制孩子饮食的医疗或其他特殊饮食条件、所需的加工、从孩子的食谱上去除的食物、和代替的食物。此表必须由持有执照的医生签名，并同时附有一份特殊的饮食要求，包括：

食物过敏：食物过敏有可能危及生命，因此，家长有必要将孩子可能有的食物过敏通知学校以便学校对学生的食物做出适当调整。

食物加工：残疾学生可能需要加工过的食物，食物可能需要切碎、细磨或打成浓浆。

慢性病：因慢性疾病需要特殊饮食的学生可能需要特殊的膳食。膳食可以根据热量、脂肪、胆固醇、钠、或糖的含量来调整。

涉及理念或宗教的饮食需求表

学生也可根据理念或宗教信仰要求食物的替换。这份表格详细介绍了学生要求的特殊饮食或饮食限制。如有其他说明，也可在表中填写。这份表格不需要医生的签名，但家长或监护人必须签署该表。

使用这两份表格的步骤：

1. 家长/监护人必须让持有执照的医生填妥并签署特殊饮食需求表 (Students with Special Dietary Needs) 或自己填妥并签署 涉及理念或宗教的饮食需求表 (Students with Philosophical or Religious Dietary Needs) 。

 - 因乳糖不耐受症 (Lactose Intolerance) 而需要饮食调整的学生只需让家长/监护人签署特殊饮食需求表。

2. 家长/监护人必须将孩子的食物需求告知学校的护士，然后在注册之前（或一旦食物的需求得到确认）把签署的表格交给护士。
3. 学校护士必须将学生的要求通知校长（或校长的指定代表），并提交表格的复印件。
4. 校长或其指定代表将学生的特殊饮食需求通知所有相关教师、学校管理人员、交通人员、教练和学区协调员。必要的工作人员也必须收到表格的复印件，并对活动和程序进行适当的修改，以保证学生随时安全。
5. 学校护士将表格的复印件通过内部邮件邮寄或传真到华府公立学校中心办公室（DCPS Central Office），该办公室的号码或地址如下所列：

传真号：

202-442-5634

[收件人 (Attn)：食品服务处 (Food Services)]

学校内部邮寄地址：

华府公立学校 (District of Columbia Public Schools)

收件人 (Attn)：计划协调员 (Program Coordinator)

食品与营养服务办公室 (Office of Food & Nutrition Services)

1200 First Street NE, 11th Floor

Washington, DC 20002



请将这份表格交给您孩子学校的护士。护士随后将孩子的需要通知学校工作人员和食品与营养服务办公室。

特殊饮食需求表
2014-2015学年

注意：如果学生有特殊的营养或喂食的需求，请填写此表，并让认可的医生签名。如果个人教育计划（IEP）指明了这些营养需求，请附上个人教育计划的复印件。

学生姓名：	学生证号码：	出生日期：
学校名称：	年级：	教师姓名：（如果知道的话）
学生是否有残疾？ 如果回答“是”，说明受残疾影响的主要活动：		
列出特殊饮食或饮食限制：		
对食物的过敏或不耐受：		
替代的食物：		
列出需要加工的食物。如果所有的食物都需要以这种方式准备，请写明“所有（All）”。如果需要，请使用更多的纸张。		
需要加工的食物	加工（切碎、细磨、打成浓浆或糊状、变成稠状液体）	其他说明（包括特殊的进食/喂食方式、喂食技巧、和所需设备）
家长/监护人姓名：		电话：
		邮箱：
医生姓名：		电话：
（医生、医生助手、护士等）		
其他联系人姓名：		电话：
其他联系人姓名：		电话：

家长或监护人签名

日期

医生签名

日期

涉及理念或宗教的特殊饮食需求表

2014-2015学年

家长可以使用这份表格将孩子涉及理念或宗教的特殊饮食需求通知孩子的学校。这份表格无需医生的签名。

学生姓名:	学生证号码:	出生日期:
学校名称:	年级:	教师姓名:
列出特殊饮食或饮食限制:		
替代的食物:		
其他说明:		
家长/监护人姓名:	电话:	邮箱:
其他联系人姓名:	电话:	
其他联系人姓名:	电话:	

家长或监护人签名

日期

2014年7月更新