DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Office of Food & Nutrition Services

家长/监护人：请将这份表格交给您孩子学校的**护士**。护士将把您孩子的需求告诉学校员工和食品与营养办公室（Office of Food & Nutrition Services）。

护士：请将表格发传真至(202) 442-5634 或扫描至 food.dcps@dc.gov

要求饮食调整的医疗声明
2015-2016 学年

1. 学生姓名	2. 学生证号码（如果知道）	3. 出生日期
4. 学校		5. 年级/班级教室

6. 勾出一项：

☐ 学生有残疾或医疗状况并需要特殊的膳食或调整。（请参阅此表背面的定义。）参与联邦营养计划的学校和机构必须遵从学生对特殊的膳食和适应性设备的请求。**有执照的医生必须签署这份表格。**

☐ 学生没有残疾，但因对食物的不耐受或其他医疗状况要求特殊的膳食或调整。不应使用这份表格填写对食物的喜好。联邦法规鼓励参与联邦营养计划的学校和机构尽量满足学生合理的要求。**持有执照的医生、医生助理、或执业护士必须签署这份表格。**

7. 需要特殊的膳食或调整的残疾或医疗状况以及残疾为何限制学生饮食的解释：

8. 如果学生有残疾，提供一份学生受残疾影响的主要生命活动的简短描述：

9. 饮食规定和/或调整：（*请详细说明以确保学校适当地实施规定和/或调整—如果需要，请使用更多的纸张*）

10. 注明食物的质地：

☐ 正常 ☐ 切碎 ☐ 磨碎 ☐ 打成糊

11. 去除的食物和替代品：（*请列出去除的具体食物和建议的替代品。需要时，您可以附上写有更多信息的纸张*）

A. 去除的食物	B. 建议的替代品

12. 适应性设备：

13. 课后点心/晚餐：

☐ 学生参加华府公立学校提供点心或晚餐的课后计划，并需要饮食上的调整。

14. 家长/法定监护人签名	15. 正楷签名	16. 电话号码	17. 日期
18. 医疗权威人士签名*	19. 正楷签名	20. 电话号码	21. 日期

* 残疾学生需要医生的签名。对于没有残疾的学生，持有执照的医生、医生助理或执业护士必须在表格上签名。

说明

1. **学生姓名**：正楷书写与信息有关的学生的姓名。
2. **学生证件号码**：正楷书写 7 位或 8 位的学生证号码（如果知道的话）。
3. **出生日期**：正楷书写学生的出生日期（月月/日日/年年年年）。
4. **学校**：正楷书写学生本学年就读的学校名称。
5. **年级/班级教室**：正楷书写学生的年级和班级教室（教师姓名或教室号码）。
6. **勾出一项：**请在方框里打勾（✓），表明学生是否有残疾或者没有残疾。
7. **需要特殊膳食或调整的残疾或医疗状况和为什么残疾限制了学生饮食的解释：**描述需要特殊膳食或调整的医疗状况和为什么残疾限制了学生的饮食（如 1 型糖尿病限制学生饮食中的糖、碳水化合物和钠的含量）。
8. **如果学生有残疾，提供残疾影响参与者的主要生命活动的简要说明：**描述生理或医疗状况如何影响残疾（如对花生过敏会导致危及生命的反应）。
9. **饮食规定和/或调整：**描述医生规定的一个特定的饮食或调整，或描述非致残状况需要的饮食的调整（例如所有的食物必须是液体或糊状。参与者不能吃任何固体食物）。
10. **注明食物的质地：**请在方框里打勾（✓），表明所需食物的质地的类型。如果参与者不需要任何调整，请勾出“常规”这一选项。
11. A. **被去除的食物：**列出必须去除的具体的食物（例如，不包括液体牛奶）。
    B. **建议的替代品：**列出膳食包括的具体的食物（如豆奶）。
12. **适应性设备：**说明需要协助参与者进餐的专用设备（如吸杯、大的汤匙、轮椅可够到的家具等）。
13. **课后点心/晚餐**：请在方框里打勾（✓），表明学生是否参加提供点心或晚餐的课后计划并且是否需要膳食的调整。如果学生不参加，不必打勾。
14. **家长/法定监护人的签名：**要求学生的医疗声明的人的签名。
15. **正楷书写姓名**：要求学生的医疗声明的人的正楷书写的姓名。
16. **电话号码**：要求学生的医疗声明的人的电话号码。
17. **日期：**要求学生的医疗声明的人的签署表格的日期。
18. **医疗权威人士的签名：**要求特殊膳食或调整的医疗权威人士的签名。
19. **正楷书写姓名：**医疗权威人士正楷书写的姓名。
20. **电话号码：**医疗权威人士的电话号码。
21. **日期：**医疗权威人士签署表格的日期。

以下引文出自 1973 年康复法第 504 条款、1990 年美国残疾人法（ADA）、和 2008 年的美国残疾人法修正案：

残疾人被定义为拥有严重限制一项或多项主要生命活动的身体或精神伤残、拥有这种身体或精神伤残的记录、或者被认为具有这种身体或精神伤残的任何人。

身体或精神伤残指（a）影响一个或多个以下身体系统的任何生理失调或疾病、外表的畸形、或生理缺陷：神经；肌肉骨骼；特殊感觉器官；呼吸；说话；器官；心血管；生殖、消化、泌尿生殖；血液和淋巴；皮肤；和内分泌；或（b）任何精神或心理障碍，如智力迟钝、器质性脑综合症（Organic Brain Syndrome）、情绪或精神疾病、和具体的学习残障。

主要生命活动包括，但不限于，照顾自己、手工操作、看、听、吃饭、睡觉、走路、站立、举、弯腰、说话、呼吸、学习、阅读、专心、思考、沟通和工作。

主要身体功能已经被加入主要的生命活动并包括免疫系统的功能；正常细胞的生长；和消化、结肠、膀胱、神经、脑、呼吸、循环、内分泌和生殖功能。

“拥有这种身体或精神伤残的记录”指一个人拥有或者已经被列为（或误列为）拥有严重限制一项或多项主要生命活动的精神或身体伤残的历史记录。