

Запит на спеціальне дієтичне харчування

Ім'я студента/учасника:	Дата народження
Ім'я когось із батьків/опікуна	Телефон
Поштова адреса	місто/штат/індекс:
Школа/центр/установа	Клас
Підпис когось із батьків/опікуна	Дата

Дієтичне харчування

Федеральні закони і норми USDA вимагають, щоб в програми харчування вносились розумні зміни для включення дітей з обмеженими можливостями. Відповідно до закону, обмежені можливості – це порушення, які істотно обмежують основну життєдіяльність або функції організму, які можуть включати алергію і розлади травлення, але не покривають особисті побажання в харчуванні.

- 1. Опишіть, як порушення впливає на дитину** (тобто як на дитину впливає прийом їжі/контакт з їжею):
- 2. Опишіть, що необхідно зробити, щоб змінити раціон дитини** (тобто конкретні продукти харчування, яких слід уникати/виключити з раціону дитини):
- 3. Перерахуйте продукти харчування та/або напої, які повинні бути замінені, надані або змінені:**

Підпис визнаного державою медичного органу*

Дата

Назва клініки

**Визнаний державою медичний орган – це ліцензований медичний працівник, уповноважений виписувати медичні рецепти у Вашингтоні: лікар (MD), лікар-остеопат (DO), помічник лікаря (PA) з розпорядчими повноваженнями, лікар-натуропат або дипломований медичний працівник вищої кваліфікації (ARNP).*

Ця установа надає всім рівні можливості.