



LITTLEFIELD



INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

HOME OF THE FIGHTING WILDCATS

1207 East 14th Street ♦ Littlefield, Texas ♦ 79339

Phone 806-385-4150 ♦ Fax 806-385-4195

FORMULARIO DE ALERGIA ALIMENTARIA DEL ESTUDIANTE

Padre/tutor: este formulario sirve solo como documento de "conocimiento". La información registrada a continuación se compartirá solo con los miembros del personal de Littlefield ISD que tengan una "necesidad de saber" educativa sobre la alergia alimentaria de su hijo. No es necesario realizar adaptaciones dietéticas como resultado de completar este formulario. Si su hijo tiene una discapacidad que requiere adaptaciones dietéticas especiales, DEBE completar el Formulario de adaptaciones dietéticas especiales de Littlefield ISD. Se pueden obtener copias del formulario de la enfermera de la escuela de su campus.

Nombre del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Instalaciones: _____ Maestro/a: _____

Dieta especial o restricciones dietéticas: _____

Alergias o intolerancias alimentarias:

Alimentos: _____	Reacción a los alimentos: _____
Alimentos: _____	Reacción a los alimentos: _____
Alimentos: _____	Reacción a los alimentos: _____
Alimentos: _____	Reacción a los alimentos: _____

Información del médico:

Nombre: _____
Número de teléfono: _____
Nombre de la persona a contactar en caso de Emergencia: _____
Número de casa: _____ Número de trabajo: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera del campus: _____ Fecha: _____

Firma del Gerente de Cafetería: _____ Fecha: _____

Firma del Maestro/a: _____ Fecha: _____

Firma del Director de Nutrición Infantil: _____ Fecha: _____

LA ENFERMERA DE LA ESCUELA MANTENDRÁ UNA COPIA EN LA CLÍNICA Y ENVIARÁ UNA COPIA AL

GERENTE DE LA CAFETERÍA Y AL COORDINADOR DEL SERVICIO DE SALUD