



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 ADAPTACIONES DIETÉTICAS ESPECIALES

El reglamento de no discriminación del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) (7 CRF 15b), así como los reglamentos que rigen el Programa Nacional de Almuerzos Escolares y el Programa de Desayunos Escolares, dejan en claro que se deben hacer sustituciones de la comida regular para los niños que no pueden comer la alimentación escolar por razón de su discapacidad, cuando dicha necesidad sea certificada por un médico matriculado.

Declaración del médico para niños con discapacidades

Las regulaciones del USDA (7CFR Parte 15b) requieren sustituciones o modificaciones en las comidas escolares para niños cuyas discapacidades restringen sus dietas. Un niño con una discapacidad debe recibir sustituciones de alimentos cuando esa necesidad esté respaldada por una declaración firmada por un médico con licencia. La declaración del médico debe identificar:

- ✓ La discapacidad del niño;
- ✓ Una explicación de por qué la discapacidad restringe la dieta del niño;
- ✓ La principal actividad de la vida afectada por la discapacidad;
- ✓ El alimento o alimentos que se omitirán de la dieta del niño, y el alimento o la elección de alimentos que se deben sustituir.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado/Profesor: _____ Campus: _____

Nombre de los padres: _____ Número de teléfono: _____

Discapacidad del niño: _____

Por qué la discapacidad restringe la dieta del niño: _____

Actividad principal de la vida afectada por la discapacidad: _____

Alimentos a omitir en la dieta del niño: _____

Alimentos a sustituir por los alimentos omitidos: _____

Información del médico:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Firma del Médico: _____ Fecha: _____

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Firma de la enfermera del plantel: _____ Fecha: _____

Firma del Gerente de la Cafetería: _____ Fecha: _____

Firma del maestro principal: _____ 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