**Запрос о предоставлении специального питания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Имя учащегося/участника |  | Дата рождения |
| Имя родителя/опекуна |  | Телефон |
| Адрес для почтовых отправлений |  | Город/штат/почтовый индекс |
| Школа/центр/объект |  | Класс |
| Подпись родителя/опекуна |  | Дата |

|  |
| --- |
| **Распоряжение о специальном рационе питания**Федеральное законодательство и нормативные акты Министерства сельского хозяйства США требуют, чтобы программы питания вносили разумные изменения, учитывающие потребности детей с ограниченными возможностями. Согласно закону, инвалидность – это нарушение, которое существенно ограничивает основную жизнедеятельность или функции организма, что может включать аллергию и заболевания пищеварительной системы, но не включает личные пищевые предпочтения. |
| 1. **Опишите, каким образом нарушение влияет на ребенка** (т.е. как прием пищи/контакт с пищей влияет на ребенка): |
| 2. **Объясните, что необходимо сделать для соблюдения диеты ребенка** (т.е. каких продуктов следует избегать/исключить из рациона ребенка): |
| 3. **Перечислите продукты питания и/или напитки, которые следует заменить, предоставить или изменить:**  |
| Подпись признанного на уровне штата специалиста в области медицины\* Дата Название клиники*\*Признанный на уровне штата специалист в области медицины – это лицензированный медицинский работник, имеющий право выписывать медицинские рецепты в штате Вашингтон: Врач (MD), врач-остеопат (DO), ассистент врача (PA), имеющий право выписывать рецепты, врач-натуропат или дипломированная практикующая медсестра высшей квалификации (ARNP).* |

Данное учреждение обеспечивает равные возможности для всех.

OSPI CNS октябрь 2017