**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.

OSPI CNS October 2017