**Solicitud de adaptaciones dietéticas especiales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nombre del estudiante o participante |  | Fecha de nacimiento |
| Nombre del padre o tutor |  | Número de teléfono |
| Dirección postal |  | Ciudad / Estado / Código postal |
| Escuela / Centro / Sitio |  | Grado / Salón de clases |
| Firma del padre / madre / tutor |  | Fecha |

|  |
| --- |
| **Orden de la dieta**La ley federal y la normativa del USDA exigen que los programas de nutrición realicen modificaciones razonables para adaptarse a los niños con discapacidades. Según la ley, una discapacidad es un impedimento que limita sustancialmente una actividad vital importante o una función corporal, que puede incluir alergias y afecciones digestivas, pero no incluye preferencias dietéticas personales. |
| 1. **Describa cómo la discapacidad afecta al niño** (es decir, cómo la ingestión o el contacto con la comida afecta al niño): |
| 2. **Explique qué se debe hacer para adaptarse a la dieta del niño** (es decir, alimentos específicos que deben omitirse y/o evitarse en la dieta del niño): |
| 3. **Enumere los alimentos y / o las bebidas que se sustituirán, proporcionarán o modificarán:**  |
| Firma de la autoridad médica reconocida por el estado\* Fecha Nombre de la clínica*\*La autoridad médica reconocida por el estado es un profesional de la salud que está autorizado para escribir recetas médicas en Washington: Doctor en Medicina (MD), Doctor en Osteopatía (DO), Asistente de Médico (PA) con autoridad prescriptiva, Médico Naturopático o Enfermera Practicante Registrada Avanzada (ARNP).* |

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

OSPI CNS Octubre de 2017