

إستمارة التوقف عن تعديل الوجبات الغذائية

يرجى تقديم هذه الإستمارة الى dietary.forms.fns@fcps.edu

الجزء A - يجب إكمال هذا الجزء من قبل ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي			
اسم الطالب: الاسم الأخير	اسم الطالب: الاسم الأول	اسم الطالب: الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد
اسم المدرسة	رقم هوية الطالب	المرحلة الدراسية	
اسم ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي (كتابة)			
توقيع ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي			
البريد الإلكتروني		التاريخ	
رقم الهاتف المحمول		رقم هاتف المنزل	
الجزء B - يجب إكمال هذا الجزء من قبل ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي			
هل تغيرت المعلومات في ملف الطالب بشأن تعديل الوجبات الغذائية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا			
إذا كان الطالب بحاجة الى تكييفات أو تعديلات، بما في ذلك إضافات جديدة، يرجى إكمال إستمارة تعديل الوجبات الغذائية لأسباب طبية .			
يرجى التوقيع أدناه إذا لم يعد الطالب بحاجة الحصول على تعديل للوجبات الغذائية من مكتب خدمات الطعام والتغذية. سيتم حفظ هذه الوثيقة في ملف الطالب لأغراض حفظ السجلات.			
أشهد بأن الطالب المذكور اسمه أعلاه ليس بحاجة الحصول على تكييفات خاصة من مكتب خدمات الطعام والتغذية.			
اسم ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي (كتابة) _____			
توقيع ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي		التاريخ _____	

تقدم هذه المؤسسة الفرص بشكل متكافئ.