



FOOD AND NUTRITION SERVICES

Fairfax County Public Schools

Dietary Accommodation Discontinuation Form**膳食调整终止表**

请将此表格提交至 dietary.forms.fns@fcps.edu

A 部分 需由家长/监护人填写

学生姓名: 姓	学生姓名: 名	学生姓名: 中名	出生日期
学校名称		学号	年级
家长/监护人姓名 (大写)			
家长/监护人签字			
电邮			日期
手机号码		家庭电话	

B 部分 需由家长/监护人填写

您孩子备案的膳食调整是否已有变化? 是 否

如果您的学生需要便利调整, 包括增加新变化, 请填写[医疗饮食调整表](#)。

如果您孩子不再需要食品营养服务部的膳食调整, 请在下面签名。此文件将保存在该学生的资料下供记录存档。

我确认上述学生不需要食品和营养服务部门的膳食便利调整。

家长/监护人姓名 (请大写) _____

家长/监护人签字 _____ 日期 _____

本机构向所有人提供平等机会。