Fairfax County PUBLIC SCHOOLS
ENGAGE • INSPIRE • THRIVE

음식 및 영양 서비스
Fairfax 카운티 공립학교

식단 편의 조치 중단 양식

이 양식을 **dietary.forms.fns@fcps.edu**로 제출하시기 바랍니다.

섹션 A 학부모/보호자가 작성해야 함.			
학생 이름: 성	학생 이름: 이름	학생 이름: 중간이름	생년월일
학교명		학생 번호	학년
학부모/보호자 성명 (정자로 기재)			
학부모/보호자 서명			
이메일			날짜
휴대 전화번호	집 전화번호		

섹션 B 학부모/보호자가 작성해야 함.

등록되어 있는 학생의 식단 편의 조치가 변경되었나요? ☐ 예 ☐ 아니요

학생에게 새로운 추가 사항을 포함하여 편의 조치가 필요한 경우 의료용 식단 편의 조치 양식을 작성하시기 바랍니다.

학생이 더 이상 식품 및 영양 서비스의 식단 편의 조치가 필요하지 않은 경우 아래에 서명해 주시기 바랍니다. 이 문서는 기록 보관을 위해 학생의 프로필에 파일로 보관될 것입니다.

본인은 상기 학생에게 식품 및 영양 서비스의 편의 조치가 필요하지 않음을 증명합니다.

학부모/보호자의 성명 (*정자로 기재*) _____

학부모/보호자 서명 _____ **날짜** _____

이 기관은 균등한 기회를 제공함.