

SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN  
Escuelas Públicas del Condado de Fairfax

## Formulario de Descontinuación de la Adaptación Alimentaria

Por favor envíe este formulario a [dietary.forms.fns@fcps.edu](mailto:dietary.forms.fns@fcps.edu)

<b>SECCIÓN A DEBE LLENARLA EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL</b>			
Nombre del alumno: Apellido	Nombre del alumno: Nombre	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento
Nombre de la escuela		N.º de ident. del estudiante	Grado
Nombre del padre/madre/tutor legal (en imprenta)			
Firma del padre, madre o tutor legal			
Correo electrónico			Fecha
Teléfono celular		Teléfono de la casa	
<b>SECCIÓN B DEBE LLENARLA EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL</b>			
<p>¿Ha cambiado la adaptación alimentaria anotada en el expediente de su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si su hijo necesita adaptaciones, incluyendo adaptaciones adicionales, por favor haga clic en el siguiente enlace para llenar el Formulario de Adaptaciones por Restricciones Alimentarias Médicas. <a href="#">Formulario de Adaptaciones por Restricciones Alimentarias Médicas.</a></p> <p>Si su hijo ya no necesita las adaptaciones alimentarias de Servicios de Alimentos y Nutrición, por favor firme en la parte de abajo. Este documento se guardará en el expediente de su hijo para referencia futura.</p> <p><b>Certifico que el alumno arriba mencionado, NO necesita adaptaciones por parte de la Oficina de Alimentos y Nutrición.</b></p> <p>Nombre del padre/madre/tutor legal (en imprenta) _____</p> <p>Firma del padre/madre o tutor legal _____ Fecha _____</p>			

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.