

إستمارة طلب الحصول على بدائل الحليب

يرجى إرسال 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 لدى الطالب حساسية من الأطعمة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> كلا			
إذا كانت الاجابة نعم، يرجى إكمال المعلومات التالية إستمارة تعديل الوجبات الغذائية لأسباب طبية .			
إذا كان الطالب بحاجة الحصول على بدائل للحليب نتيجة عدم تحمله لمادة اللاكتوز أو لتفضيلات غذائية فلسفية/ثقافية، يرجى تحديد ما يفضلهُ الطالب من مادة الحليب أدناه:			
<input type="checkbox"/> حليب خالي من اللاكتوز		<input type="checkbox"/> حليب الشوفان	
يرجى الملاحظة بأننا نقدم خيارات نباتية يومية وأخرى تعتمد على النظام الغذائي النباتي المتكامل وهي مناسبة للأنظمة الغذائية الحلال والكوشر.			
أشهد بأن الطالب المذكور اسمه أعلاه بحاجة الى تعديل خاص على الطعام وكما هو موضح أعلاه،			
اسم ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي (كتابة) _____			
توقيع ولي أمر الطالب/الوصي الشرعي _____		التاريخ _____	

تقدم هذه المؤسسة الفرص بشكل متكافئ.