



## FOOD AND NUTRITION SERVICES

Fairfax County Public Schools

**Milk Substitution Form**

## 牛奶替代品表

请将此表格提交至 [dietary.forms.fns@fcps.edu](mailto: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			
该学生是否有食物过敏? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果是, 请填写 <a href="#">医疗膳食调整表</a> 。			
如果学生由于乳糖不耐或信念/文化的膳食要求而需要牛奶替代品, 请从以下选出更喜欢的牛奶:			
<input type="checkbox"/> 无乳糖牛奶		<input type="checkbox"/> 燕麦奶	
请注意, 我们提供适合清真和犹太饮食的日常植物基和植物性膳食选择。			
我确认上述学生需要以上调整, 家长/监护人姓名 (请大写) _____			
家长/监护人签名 _____			日期 _____

本机构向所有人提供平等机会。