



음식 및 영양 서비스
Fairfax 카운티 공립학교

우유 대체품 양식

이 양식을 dietary.forms.fns@fcps.edu로 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)			
부모님/보호인 서명			
이메일			날짜
휴대 전화번호		집 전화번호	

섹션 B 학부모/보호자가 작성해야 함.

자녀에게 음식 알레르기가 있나요? 예 아니요

예라고 답변한 경우, [의료용 식단 편의 조치 양식](#)을 작성하시기 바랍니다.

학생이 유당 내성 또는 철학적/문화적 식단 선호로 인해 우유 대체품이 필요한 경우, 아래에서 선호하는 우유를 선택해 주시기 바랍니다:

무유당 우유 (Lactose-Free Milk) 귀리 우유 (Oat Milk)

할랄 (Halal) 및 코셔 (Kosher) 식단에 적합한 식물성 및 식물성에 가까운 선택사항을 매일 제공하고 있음을 참고하시기 바랍니다.

본인은 위에 명시된 학생에게 위에 설명된 편의 조치가 필요함을 증명합니다.

학부모/보호자의 성명 (정자로 기재) _____

학부모/보호자의 서명 _____ 날짜 _____

이 기관은 균등한 기회를 제공합니다.