

SERVICIOS DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN
Escuelas Públicas del Condado de Fairfax

Formulario para Sustituto de Leche

Por favor envíe este formulario a dietary.forms.fns@fcps.edu

SECCIÓN A DEBE LLENARLA EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL			
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	
SECCIÓN A DEBE LLENARLA EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL			
¿Tiene el alumno alguna alergia alimentaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es SÍ, por favor llene el Formulario de Adaptaciones por Restricciones Alimentarias Médicas: Formulario de Adaptaciones por Restricciones Alimentarias Médicas.			
Si el alumno necesita un sustituto de leche por ser intolerante a la lactosa o por preferencias alimenticias debido a cultura/ideología, por favor, seleccione el tipo de leche que prefiera:			
<input type="checkbox"/> Leche sin lactosa		<input type="checkbox"/> Leche de avena	
Tenga presente que ofrecemos diariamente opciones de leches vegetales que son adecuadas para las dietas Halal y Kosher.			
Certifico que el estudiante aquí mencionado necesita la adaptación alimentaria arriba descrita,			
Nombre del padre/la madre o tutor legal (en imprenta) _____			
Firma del padre/la madre o tutor legal _____		Fecha _____	

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.