



PHÒNG DỊCH VỤ THỰC PHẨM VÀ DINH DƯỠNG
Hệ Trường Công Quận Fairfax

Đơn Yêu Cầu Loại Sữa Uống Thay Thế

Xin quý vị gửi mẫu đơn này đến dietary.forms.fns@fcps.edu

PHẦN MỤC A- CẦN ĐƯỢC ĐIỀN BỞI PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ.

Tên Học Sinh: Họ	Tên Học Sinh: Tên	Tên Học Sinh: Tên Lót	Ngày Tháng Năm Sinh
Tên Trường		Số ID (định danh) Học Sinh	Lớp
Tên Phụ Huynh/Người Giám Hộ (xin viết bằng chữ In)			
Chữ ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ			
Điện Thư			Ngày
Số điện Thoại Di Động		Số Điện Thoại Nhà	

PHẦN MỤC B- CẦN ĐƯỢC ĐIỀN BỞI PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ.

Học sinh có các dị ứng về thực phẩm không? Có Không

Nếu có, xin điền [Mẫu Đơn Yêu Cầu Sắp Xếp Điều Chỉnh Phù Hợp với Chế Độ Ăn Kiêng Lý do Y Tế.](#)

Nếu con em cần sữa thay thế do không thể dung nạp latose (đường trong sữa) hoặc do chọn lựa mang tính văn hóa/ định chọn cách riêng, xin quý vị chọn loại sữa ưu tiên của mình dưới đây:

Lactose-Free Milk (sữa không có Latose) Oat Milk (sữa yến mạch)

Xin quý vị lưu ý rằng chúng tôi cung cấp các lựa chọn hàng ngày về thực phẩm thực vật toàn phần (plant-based) và các món nấu thuần chay (plant forward) để phù hợp với chế độ kiêng cử Halal và Kosher (người Hồi Giáo và Do Thái).

Tôi xác rằng học sinh có tên ở trên cần có hỗ trợ phù hợp với mô tả phần trên,

Tên của Phụ Huynh /Người Giám Hộ (xin ghi bằng chữ IN) _____

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ _____ Ngày _____

Tổ Chức này là nhà cung cấp cơ hội bình đẳng.