



Physician's Request For Special Dietary Accommodations / Solicitud del médico para adaptaciones dietéticas especiales

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY PARENT/LEGAL GUARDIAN / ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR EL PADRE/TUTOR LEGAL

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre de la escuela: _____ # de ID del estudiante: _____
 Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____
 Correo electrónico del Padre/Tutor: _____

¿Qué comidas comerá el estudiante de la cafetería de la escuela?

Desayuno Almuerzo Cena

Como padre o tutor, doy permiso a Galena Park ISD de contactar la oficina del médico en relación a las necesidades dietéticas de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY LICENSED PHYSICIAN / ESTA SECCIÓN DEBE SER LLENADA POR UN MÉDICO CERTIFICADO

The US Department of Agriculture School Meals Program requires that **ALL** questions be answered in order for **ANY** diet modification or substitution to be made

Does the child have a disability and/or life-threatening food allergy requiring diet modification? Yes No

Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 and the Americans with Disabilities Act of 1990, define a person with disability as any person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more "major life activities, has a record of such impairment, or is regarded as having such impairment".

If YES, please describe the major life activities affected: _____

**If the student does NOT have a disability and/or food allergy, this form does not need to be completed and will be disregarded*

Does the student have a prescription for an Epi-pen for a food allergy? Yes No

Medical Diagnosis: _____

Food to be omitted: All changes or updates to diet modifications must be provided in writing by a Licensed Physician

- Peanuts Tree Nuts Fish/Seafood Shellfish Eggs by themselves Eggs as an ingredient
 Soy as main ingredient All food containing soy Wheat/Gluten Fluid Milk
 Dairy products (cheese, yogurt, etc.) Other: _____

Substitutions: _____

Other accommodations needed:

Texture Modification: Solids:

- Soft & Bite-Sized (Level 6)
 Minced & Moist (Level 5)
 Pureed (Level 4)
 None

Liquids:

- Extremely Thick (Level 4)
 Moderately Thick (Level 3)
 Mildly Thick (Level 2)
 Slightly Thick (Level 1)
 None

Supplements (if any): _____

I, _____, physician for _____, declare the herein mentioned child Physician's Name Child's Name to possess the following listed Life Threatening Food Allergies and/or Disabilities. Alternate foods should be offered at school in accordance with the following guidelines.

Physician Signature: _____ **Date:** _____

Physician Name: _____ **Phone:** _____

Clinic Name: _____ **Clinic Address:** _____

Parent / Padre de familia: Envíe el formulario completo a la enfermera de la escuela y también envíe una copia a tvo@galenaparkisd.com. Por favor espere dos semanas hábiles para que se realice el proceso.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o venganza o represalia por actividad anterior de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Personas con discapacidad que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o contactar el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación, el denunciante debe completar el Formulario AD-3027, Formulario de denuncia de discriminación del programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, de cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o por carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria del denunciante con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario o carta AD-3027 completo debe enviarse al USDA por: