



Denton ISD Child Nutrition DIETARY REQUEST FORM

Please return signed form to foodallergy@dentonisd.org

Please note: A completed dietary request form is the ONLY record Child Nutrition receives and uses to document special dietary needs.

- NEW MEAL MODIFICATION
- CHANGE CURRENT MEAL MODIFICATION
- DISCONTINUE MEAL MODIFICATION

A. TO BE COMPLETED BY PARENT/LEGAL GUARDIAN:

Date:	Student Name:	ID Number:	Date of Birth:
Current School:	Parent or Guardian:	Phone Number:	

Will your child be eating meals prepared by the school cafeteria? Breakfast Lunch After School Snack No

I understand that it is my responsibility to submit a new form anytime changes occur (i.e., student's medical or health needs changes). To remove allergy restrictions from this student's account, the parent/guardian must submit a signed note or send an email stating that the student no longer has the food allergy/intolerance. Phone number and parent/guardian signature must be included.

I give Denton ISD Child Nutrition permission to speak with the below named physician or recognized medical authority to discuss dietary needs prescribed below.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

B. TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S TREATING PHYSICIAN (PLEASE PRINT):

Please note: Child Nutrition will attempt to accommodate non-life-threatening food allergies or intolerances but reserves the right to modify the menu based on product availability.

Please check all food allergies (omit these foods) *(if applicable)*:

- | | | |
|---|--|--|
| <p><u>Dairy</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fluid dairy milk <input type="checkbox"/> Cheese <input type="checkbox"/> Yogurt <input type="checkbox"/> All dairy products <input type="checkbox"/> All menu items with milk as an ingredient <p><u>Nuts/Seeds</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peanuts <input type="checkbox"/> Tree nuts <input type="checkbox"/> Sesame | <p><u>Eggs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Whole eggs (i.e. scrambled, hard-boiled) <input type="checkbox"/> Egg whites <input type="checkbox"/> All menu items with eggs as an ingredient <p><u>Corn</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Whole corn <input type="checkbox"/> All menu items with corn as an ingredient <p><u>Fish/Shellfish</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fish <input type="checkbox"/> Shellfish | <p><u>Soy</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Whole soy (i.e. tofu, edamame) <input type="checkbox"/> Soy protein <input type="checkbox"/> Soybean oil <input type="checkbox"/> Soy lecithin <input type="checkbox"/> All menu items with soy ingredients <p><u>Wheat/Gluten</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wheat <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Celiac |
|---|--|--|

Religious preference/Personal Beliefs Food Restrictions: _____

C. PHYSICIAN INFORMATION:

Name of State Licensed Health Care Provider: _____ MD DO RD PA NP SLP

State Licensed Health Care Provider's Signature: _____

Clinic Name: _____ Phone Number: _____ Fax: _____

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by: **mail:** U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; or **fax:** (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or **email:** Program.Intake@usda.gov This institution is an equal opportunity provider.



FORMULARIO DE SOLICITUD DIETÉTICA Departamento de Nutrición Infantil de Denton ISD

Por favor, regrese este formulario firmado a foodallergy@dentonisd.org

Por favor, tenga en cuenta: Un formulario de Solicitud Dietética completo es el ÚNICO registro que Nutrición Infantil recibe y utiliza para documentar las necesidades dietéticas especiales.

- NUEVA MODIFICACIÓN DE COMIDA CAMBIAR LA MODIFICACIÓN DE COMIDA ACTUAL DESCONTINUAR LA MODIFICACIÓN DE COMIDA

A. DEBE SER COMPLETADO POR LOS PADRES/TUTOR LEGAL:

Fecha:	Nombre del alumno:	Número de identificación:	Fecha de nacimiento:
Escuela actual:	Padre o Tutor:	Número de teléfono:	

¿Su hijo va a comer las comidas preparadas en la cafetería de la escuela? Desayuno Almuerzo Merienda después de la escuela No

Entiendo que es mi responsabilidad enviar un nuevo formulario cada que ocurran cambios (es decir, cuando cambien las necesidades médicas o de salud del estudiante). Para eliminar las restricciones de alergia de la cuenta de este estudiante, el padre/tutor debe enviar una nota firmada o un correo electrónico indicando que el estudiante ya no tiene alergia/ intolerancia alimentaria. Se debe incluir el número de teléfono y la firma del padre/tutor.

Doy permiso a Nutrición Infantil de Denton ISD para hablar con el médico mencionado a continuación o con la autoridad médica reconocida para analizar las necesidades dietéticas prescritas a continuación.

Fecha: _____

B. DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO QUE TRATA AL ESTUDIANTE (EN LETRA DE MOLDE):

Por favor, tenga en cuenta: Nutrición Infantil intentará adaptarse a las alergias o intolerancias alimentarias que no pongan en peligro la vida pero se reserva el derecho de modificar el menú según la disponibilidad del producto.

Por favor, marque todas las alergias alimentarias (omitir estos alimentos) (*si corresponde*):

- | | | |
|---|---|---|
| <p>Lácteos</p> <p><input type="checkbox"/> Leche líquida</p> <p><input type="checkbox"/> Queso</p> <p><input type="checkbox"/> Yogurt</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los productos lácteos</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las opciones del menú con leche como ingrediente</p> <p>Nueces/Semillas</p> <p><input type="checkbox"/> Cacahuates</p> <p><input type="checkbox"/> Nueces de árbol</p> <p><input type="checkbox"/> Sésamo</p> | <p>Huevos</p> <p><input type="checkbox"/> Huevos enteros (revueltos, duros)</p> <p><input type="checkbox"/> Claras de huevo</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los platos del menú con huevos como ingrediente</p> <p>Maíz</p> <p><input type="checkbox"/> Maíz entero</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las opciones del menú con maíz como ingrediente</p> <p>Pescado/Mariscos</p> <p><input type="checkbox"/> Pescado</p> <p><input type="checkbox"/> Mariscos</p> | <p>Soya</p> <p><input type="checkbox"/> Soya entera (tofu, edamame)</p> <p><input type="checkbox"/> Proteína de soya</p> <p><input type="checkbox"/> Aceite de soya</p> <p><input type="checkbox"/> Lecitina de soya</p> <p><input type="checkbox"/> Todas las opciones del menú con soya como ingrediente</p> <p>Trigo/Gluten</p> <p><input type="checkbox"/> Trigo</p> <p><input type="checkbox"/> Gluten</p> <p><input type="checkbox"/> Intolerante al glúten</p> |
|---|---|---|

Preferencia religiosa/Creencias personales Restricciones alimentarias: _____

C. INFORMACIÓN DEL MÉDICO:

Nombre del proveedor de atención médica con licencia estatal: _____ MD DO RD PA NP SLP

Firma del proveedor de atención médica con licencia estatal: _____

Nombre de la clínica: _____ Número de teléfono: _____ Fax: _____

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias por actividades anteriores de derechos civiles. La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), 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 and TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa USDA que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, desde cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario completo o carta AD-3027 debe enviarse a USDA por: **correo:** Departamento de Agricultura de EE. UU, Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; o **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o **correo electrónico:** Program.Intake@usda.gov Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.