



Medical Dietary Accommodation Form Formulaire d'aménagement alimentaire pour raisons médicales

Si votre enfant suit un régime alimentaire spécial en raison d'un problème médical ou d'une allergie alimentaire, vous devez remplir ce formulaire et l'envoyer par courriel aux services d'alimentation et de nutrition du DCPS (FNS) à l'adresse suivante : dietary.forms@k12.dc.gov. Veuillez soumettre un nouveau formulaire en cas de changement de régime alimentaire. Une fois le formulaire rempli, le FNS vous contactera pour discuter des options de menu. Veuillez noter que les aménagements ne sont pas pris en compte avant la confirmation de la date de début convenue avec un membre de l'équipe du FNS. Si vous n'avez pas de possibilité d'accès au courrier électronique, veuillez soumettre ce formulaire au responsable de la cafétéria.

{Ce formulaire nécessite la signature d'un médecin (médecin agréé, assistant médical ou infirmier praticien)}

OBLIGATOIRE - SECTION A (doit être remplie par le parent/tuteur) :

Nom de l'élève : _____ Date de naissance de l'élève : ____/____/____ Grade (classe) : _____

Nom de l'établissement scolaire : _____ Numéro d'identification de l'élève : _____ Nom de l'enseignant : _____

Si votre enfant mange à la cafétéria, quels sont les repas qu'il prend ? Les aménagements en matière de repas ne seront proposés que pendant les périodes de repas pour lesquelles vous avez indiqué que des aménagements étaient nécessaires.

- Petit-déjeuner Déjeuner Goûter ou dîner (programmes extrascolaires)

J'atteste que l'élève susnommé doit suivre un programme alimentaire spécial tel que décrit dans le présent formulaire. En outre, j'autorise les services d'alimentation et de nutrition du DCPS à s'entretenir avec l'autorité médicale compétente ci-dessous pour discuter des besoins alimentaires décrits ci-dessous. Je comprends que le DCPS peut interrompre les aménagements si je ne réponds pas aux demandes de communication au bout de trois tentatives.

Nom du parent/tuteur (en caractères d'imprimerie) _____ Signature _____

Numéro de téléphone _____ Adresse électronique _____ Date ____/____/____

REQUIRED - SECTION B.1 (Must be completed by the Medical Practitioner) – OBLIGATOIRE - SECTION B.1 (Doit être remplie par le médecin)

Does the student have food allergies/intolerances that substantially limit the student's ability to eat regular school meals?
L'élève souffre-t-il d'allergies ou d'intolérances alimentaires qui limitent substantiellement sa capacité à manger les repas scolaires habituels ?

- Yes** **No** (Note: FNS does not currently serve products containing Peanuts or Tree Nuts (incl. Coconut))

- Oui** **Non** (Remarque : Actuellement, la FNS ne sert pas de produits contenant des arachides ou des fruits à coque (notamment la noix de coco))

If yes, please select the allergen(s)/intolerances from the list below:

Si oui, veuillez sélectionner le(s) allergène(s)/intolérance(s) dans la liste ci-dessous :

Wheat (blé) :

- All Wheat (Tous les types de blé)

Eggs (œufs) :

- All Egg Proteins – both whites and yolk
(Tous les types de protéines de l'œuf (blanc et jaune))

- Baked good with eggs allowed (i.e. muffins)

(Les produits de boulangerie contenant des œufs sont autorisés (les muffins par exemple))

Tree Nuts (not provided by FNS) Noix (non fournies par le FNS) :

- Tous les types de fruits à coque

Peanuts (not provided by FNS) cacahuètes (non fournies par le FNS) :

- All Peanuts (tous les types de cacahuètes)



Soy (soja) :

- All Soy Products (tous les produits à base de soja)

- All Soy Protein, Soybean Oil allowed

Toutes les protéines de soja, l'huile de soja sont autorisées

Dairy (produits laitiers)

- All Milk Proteins- Casein, Whey, etc
(Toutes les protéines lactières - caséine, lactosérum, etc.)
- Fluid Milk (lait liquide)

- Cheese (fromage)
- Yogurt (yaourt)

Sesame (sésame) :

- All Sesame (tous les types de sésame)

Fish (poisson) :

- All Fish (e.g., tuna, salmon, tilapia)
Tous les poissons (thon, saumon, tilapia, etc.)

Shellfish (mollusques et crustacés) :

- All Shellfish (e.g., Shrimp, crab)
Tous les types de mollusques et crustacés (crevettes, crabes, etc.)

Other (autre) : _____

Required (If Yes, In Section B.1) - SECTION B.2 (Must be completed by the Medical Practitioner)
Obligatoire (si la réponse est oui, à la section B.1) - SECTION B.2 (Doit être remplie par le médecin)

Please inform us of the reactions associated with this student's allergy/intolerance: (For example, "consuming egg or any egg-containing product causes a life-threatening reaction") / **Veillez nous informer de la/des réaction(s) associée(s) à l'allergie ou intolérance de cet élève :** (Par exemple, « la consommation d'œuf ou de tout produit contenant de l'œuf entraîne une réaction potentiellement mortelle ») :

Required (If Yes, In Section B.1) - SECTION B.3 (Must be completed by the Medical Practitioner)
Obligatoire (si la réponse est oui à la section B.1) - SECTION B.3 (Doit être remplie par le médecin)

Please list the foods to be omitted with suggested substitutions. (For example, "Foods to Omit: gluten-containing products, Substitute with: rice, gluten-free bread"). / **Veillez énumérer les aliments à supprimer et suggérer des substitutions.** (Par exemple, « Aliments à supprimer : produits contenant du gluten, à remplacer par: riz, pain sans gluten »).

Foods to Omit (Aliments à supprimer) :	Substitute with (À remplacer par) :

SECTION C (Must be completed by the Medical Practitioner)
SECTION C (Doit être remplie par le médecin)

Does the student require special modification of dietary textures?

Pour l'élève, les textures alimentaires doivent-elles être modifiées ? Yes (oui) No (non)

If yes, indicate texture on prescribed special diet.

Si oui, indiquer la texture du régime spécial prescrit.



Solids (solides) :

Chopped (please indicate any specific instructions)
Haché (veuillez indiquer les instructions spécifiques)
spécifiques)

Ground (please indicate any specific instructions)
Écrasé (veuillez indiquer les instructions

Pureed (please indicate any specific instructions)
En purée (veuillez indiquer toutes les instructions spécifiques)

Liquids (liquides) :

- Thin (mince)
- Mildly Thick (moyennement épais)
- Extremely Thick (très épais)
- Slightly Thick (légèrement épais)
- Moderately Thick (modérément épais)

SECTION D (Must be completed by the Medical Practitioner)

SECTION D (Doit être remplie par le médecin)

Does the student have other special nutritional or feeding needs?
L'élève a-t-il d'autres besoins nutritionnels ou alimentaires particuliers ? **Yes (oui)** **No (non)**

If yes, please describe the special diet/feeding needs such as diabetes, etc.
Si oui, veuillez décrire lesdits besoins alimentaires spéciaux (diabète, etc.).

I certify that the above-named student needs special school food as described above.

J'atteste que l'élève susnommé doit suivre un programme alimentaire spécial tel que décrit ci-dessus.

Medical Practitioner's Name: _____ **Office Phone Number:** _____
Nom du médecin Numéro de téléphone du bureau

Medical Practitioner's Signature: _____ **Date:** ____/____/_____
Signature du médecin Date

Office Name: _____ **Email:** _____
Nom du bureau E-mail

Ce formulaire doit être envoyé à l'adresse : Dietary.forms@k12.dc.gov

Les informations contenues dans le présent formulaire peuvent être communiquées aux DC Public Schools (écoles publiques de DC) et au personnel des fournisseurs de services de restauration afin de répondre aux besoins de votre enfant, sauf indication contraire par écrit. Les aménagements peuvent être suspendus si le parent ou le tuteur en fait la demande par écrit.