



Formulaire d'ajustements alimentaires de substitution du lait et philosophique

Veillez soumettre ce formulaire par courriel à (dietary.forms@k12.dc.gov) ou au gestionnaire de la cafétéria. Un nouveau formulaire peut être soumis chaque fois qu'un changement alimentaire s'avère nécessaire. Ce formulaire n'est pas destiné à satisfaire les préférences gustatives des élèves ni à s'écarter du modèle de repas du programme de nutrition infantile de l'USDA.*

Note : FNS ne sert pas de porc ni de produits dérivés de porc dans aucune des écoles de DCPS.

Ce formulaire **ne requiert pas** la signature d'un Médecin Praticien.

Section A - doit être rempli par le Parent/Tuteur

Nom de l'élève _____ De naissance de l'élève _____ Classe _____

Nom de l'école _____ Carte de l'élève _____

Nom de l'enseignant _____

Votre enfant mange-t-il les repas offerts à l'école généralement ? Oui Non

Si oui, quels repas offerts par FNS votre enfant mangera-t-il ?

Petit-déjeuner Déjeuner Parascolaire

En outre, quels jours votre enfant mangera-t-il plus probablement dans le cadre de FNS ?

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Section B - doit être rempli par le Parent/Tuteur

Votre élève a-t-il un besoin alimentaire médical ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir le **formulaire d'ajustement alimentaire médical**. Si non, veuillez remplir ce formulaire.

Avez-vous des préférences alimentaires en raison de croyances religieuses/philosophiques ?

Oui Non

Si oui, votre élève nécessite-t-il un repas végétarien ou végétalien ?

Produits végétariens, laitiers et à base d'œufs autorisés Végétalien (pas de produits d'origine animale)

Végétarien, pas de produits à base d'œufs

Végétarien, pas de produits laitiers

Si vous avez d'autres préférences, veuillez expliquer :

Cet élève nécessitera-t-il un substitut de lait ?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer : Lait sans lactose ou Lait de soja

(Remarque : Le lait sans lactose et le lait de soja sont l'unique alternative de lait que FNS peut satisfaire)

Je certifie que l'élève susmentionné nécessite des repas spéciaux à l'école, comme décrit ci-dessus,

Signature du Parent/Tuteur _____

Numéro de téléphone _____

Courriel _____ Date _____

Meilleur moment de la journée pour vous contacter : _____



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Services d'alimentation et de nutrition

Si reçu par le personnel de l'école, veuillez scanner et envoyez par courriel à : Dietary.Forms@k12.dc.gov

Pour le personnel du District uniquement : Nom du diététicien /de la diététicienne : _____

Date de contact : _____

**Viande/substitut de viande, lait (ou substitut approuvé), grains entiers, fruits et légumes*