



## Formulaire d'ajustement alimentaire médical

Si votre élève nécessite un programme alimentaire spécial en raison de conditions médicales ou d'allergies à la nourriture, ce formulaire doit être rempli et envoyé par courriel à DCPS Food and Nutrition Services (FNS) à : [dietary.forms@k12.dc.gov](mailto:dietary.forms@k12.dc.gov). Vous devez envoyer un nouveau formulaire chaque fois que vous demandez un changement du régime diététique.

Aussi tôt rempli, FNS vous contactera pour discuter des options du menu. Si vous n'avez pas accès à un courriel, veuillez le soumettre au bureau principal. **Ce formulaire requiert la signature d'un médecin praticien.**

### Section A- doit être rempli par le Parent/Tuteur

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ Carte d'élève \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Nom de l'école \_\_\_\_\_ Nom de l'enseignant \_\_\_\_\_

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

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

- Petit-déjeuner  Déjeuner  Parascolaire

En outre, quels jours votre enfant mangera-t-il plus probablement avec FNS ?

- Lundi  Mardi  Mercredi  Jeudi  Vendredi

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

Nom du Parent/Tuteur (en lettres majuscules) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### Section B- doit être rempli par le Médecin Praticien

L'élève a-t-il des allergies à la nourriture ? (Note : FNS ne sert pas de produits contenant des arachides ou des noix)  Oui  Non

Si oui, veuillez choisir l'allergène de la liste ci-dessous :

#### Blé

- Toute sorte de blé

#### Œufs

- Toutes protéines d'œufs - albumine (blanc) et jaune  
 Œuf entier - à la coque et brouillé  
 Œufs cuits dans des produits sont acceptables (par exemple, crêpes)

#### Laitier

- Toute sorte de protéines laitières- Caséine, Lactosérum, etc.  
 Lait nature  
 Fromage  
 Yaourt

Autre : \_\_\_\_\_

**Nourriture spécifique à omettre ou à substituer :**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Noix (non fournis par FNS)

- Toute sorte de noix

#### Arachides (non fournis par FNS)

- Toute sorte d'arachides

#### Soja

- Toute sorte de protéine de soja  
 Toute protéine de soja, sauf l'huile de soja

#### Poisson

- Toute sorte de poisson

#### Crustacés

- Toute sorte de crustacés

Autre : \_\_\_\_\_



**Section C- doit être rempli par le Médecin Praticien**

L'élève nécessite-t-il une modification spéciale des particularités alimentaires ?  **Oui**  **Non**

Veuillez indiquer la particularité sur l'alimentation spéciale prescrite.

**Émincé** (veuillez indiquer les instructions spécifiques)

\_\_\_\_\_

**Haché** (veuillez indiquer les instructions spécifiques)

\_\_\_\_\_

**Purée** (veuillez indiquer les instructions spécifiques)

**Section E- doit être rempli par le Médecin Praticien**

L'élève a-t-il d'autres besoins nutritionnels ou alimentaires spéciaux ?  **Oui**  **Non**

Veuillez décrire les besoins des régimes alimentaires, tels que la maladie de cœliaque, le diabète, etc.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**Nom du Médecin Praticien** \_\_\_\_\_ **Numéro du bureau** \_\_\_\_\_

**Signature du Médecin Praticien** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**If received by School Staff, please scan and email to: [Dietary.Forms@k12.dc.gov](mailto:Dietary.Forms@k12.dc.gov)**

**For district staff only:**

Dietitian Name: \_\_\_\_\_

Contact date: \_\_\_\_\_