



## Formulaire d'ajustements alimentaires de substitution du lait et philosophique

Si votre élève nécessite un substitut de lait en raison d'une intolérance au lactose ou un repas spécial en raison de préférences alimentaires religieuses/philosophiques, 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. Ce formulaire n'est pas destiné à satisfaire les préférences gustatives d'un élève.

**Remarque : FNS ne sert pas de porc ni de produits dérivés du 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 \_\_\_\_\_ 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

### 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 ?

Végétarien  Végétalien

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 \_\_\_\_\_ Meilleure heure du jour pour vous contacter : \_\_\_\_\_

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



DISTRICT OF COLUMBIA  
PUBLIC SCHOOLS

Services d'alimentation et de nutrition

**For district staff only:**

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

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