



Formulario de adaptaciones dietéticas por razones filosóficas y sustitución de la leche

Si su hijo(a) necesita que se le sustituya la leche porque tiene intolerancia a la lactosa o precisa de una comida especial relacionada con preferencias alimentarias religiosas o filosóficas, debe llenar este formulario y enviarlo por correo electrónico a Servicios de Alimentación y Nutrición (FNS, por sus siglas en inglés) de las DCPS: dietary.forms@k12.dc.gov. Debe enviarse un formulario nuevo cada vez que solicite un cambio en la dieta. El propósito de este formulario no es adaptar la dieta al paladar del estudiante.

Nota: los FNS no ofrecen ningún tipo de carne de cerdo o productos fabricados con cerdo en ninguna escuela de las DCPS.

Este formulario **no tiene** que estar firmado por un médico.

La Sección A- debe llenarla el padre / la madre / el tutor

Nombre del (de la) estudiante _____ ID del (de la) estudiante _____ Grado _____

Nombre de la escuela _____ Nombre del maestro(a) _____

¿Su hijo(a) come por lo general las comidas que ofrece la escuela? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuáles comidas suministradas por los FNS comerá su hijo(a)?

Desayuno Almuerzo Merienda

Además, ¿en cuáles días es más probable que su hijo(a) consuma las comidas suministradas por los FNS?

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

La Sección B- debe llenarla el padre / la madre / el tutor

¿Su hijo(a) tiene una necesidad dietética médica? Sí No

Si la respuesta es sí, llene el **Formulario de adaptaciones dietéticas médicas**. En caso contrario, llene este formulario.

¿Tiene alguna preferencia alimentaria relacionada con creencias filosóficas o religiosas?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿el (la) estudiante precisa de una comida vegetariana o vegana?

Vegetariana Vegana

Si tiene otras preferencias, por favor explique:

¿El (la) estudiante necesitará que se le sustituya la leche?

Sí No

Si la respuesta es sí, indique: Leche deslactosada Leche de soja

(Nota: la leche deslactosada y la leche de soja es la única alternativa láctea que los FNS pueden suministrar)

Certifico que el (la) estudiante mencionado(a) anteriormente necesita que se le suministren comidas especiales en la escuela como se describe en la parte superior,

Firma del padre / de la madre / del tutor _____ Número de teléfono _____

Correo electrónico _____ Fecha _____ Mejor hora del día para contactarlo: _____



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Servicios de Nutrición y Alimentos

If received by School Staff, please scan and email to: Dietary.Forms@k12.dc.gov

For district staff only: Dietitian Name: _____ Contact date: _____