

Simplified Chinese 特别学校餐点饮食规定表格

A 部分：由学生的家长或监护人来填写。

学生姓名 _____ 出生日期 _____ 年龄: _____

就读学校名称: _____ 年级: _____

请勾选已下方格来说明你的学生将在学校进食哪些餐点:

早餐

午餐

点心

如果你的孩子不会在学校吃以上餐点，请停止填写：营养服务部门不需要收到这份表格。

本人明白，如果学生在医疗或健康方面有所改变，我有责任通知营养服务部门，并且要填好一份新的特别学校餐点饮食规定表格。

家长/监护人签名 _____ 签名日期: _____

家长/监护人填写姓名 _____ 住家电话号码: _____

透过勾选此方格，本人同意允许营养服务部门与以下指定的执业医师或公认的医疗机构来交谈，籍此来讨论以上所描述的饮食需求。家长/监护人简签 _____

B 部分：由医疗专业人员填写。

此部分是由执业医师在确定残障时或由认可医疗机构 (RMA) 在确定非残障医疗状况时填写的。就饮食规定方面，RMA 可以包括执业医师、骨病医生、执业医师助理、ARNP 或执业自然疗法医师。

学生诊断情况: _____

如果该诊断是被美国残障人法案 (ADA) 认定为残障情况，请勾选此方格:

如果勾选方格，请在以下空间描述受残障影响的主要生活活动:

如果学生是有非残障的健康状况、需要特别的营养餐点或食物需求，请勾选此方格:

如果勾选方格，请描述情况，并在下方列出特别的营养餐点或食物:

饮食规定：如有必要，请附上其它说明。

要删除的食物

要代替的食物

如果列出需要从餐点中删除食物，则必须**提供替代食物的具体**细节**。*

本人证明上述的学生，因为有残障或慢性疾病的情况，需要按以上方式来准备或供应特别的学校餐点。

执业医师/公认医疗机构的签名: _____

执业医师/公认医疗机构的名称，包括资格: _____

电话号码: _____ 传真号码: _____ 签署日期: _____