

## 特殊饮食安排申请表

学生/参与者姓名	出生日期
父母/监护人姓名	电话
邮寄地址	市/州/邮编
学校/中心/地点	年级/班级
父母/法定监护人签字	日期

### 饮食顺序

联邦法律和美国农业部法规要求合理修改营养计划，以适应残疾儿童。根据法律规定，残疾是指严重限制主要生活活动或身体机能的损害，包括过敏性和消化系统疾病，但不包括个人饮食偏好。

1. 说明该损害如何影响孩子（即：摄入/接触食物对孩子有何影响）：
2. 说明必须采取哪些措施，来适应孩子的饮食（即：孩子的饮食中需要删除/避免的特定食物）：
3. 列出需要被替代、需要提供或需要修改的食物和/或饮品：

国家认可的医疗机构签字\*

日

期诊所/门诊部名称

\*国家认可的医疗机构是指经授权可在华盛顿开医疗处方的持照医疗保健专业人员：医师(MD)、整骨医生(DO)、有处方权的医师助理(PA)、自然疗法医生或高级注册护士(ARNP)。

该机构提供平等机会。