



Estimado Padre/Tutor,

La oficina de Servicios de Nutrición Estudiantil de Garland ISD (SNS) (Student Nutrition Services) debe tener un Formulario de Modificación de Dieta o IEP en el archivo si se requiere adaptaciones dietéticas especiales para las comidas estudiantiles. No se requiere un nuevo Formulario de Modificación de Dieta para cada año escolar si la adaptación dietética de la comida sigue siendo la misma.

Para los alumnos nuevos recién matriculados / o alumnos matriculados que requieren una modificación de dieta, el formulario se puede encontrar aquí:

[Special dietary needs | Garland Independent School District garlandisd.net](#)

Garland ISD se compromete a proporcionar un ambiente seguro para su hijo en la escuela.

Se debe seguir el siguiente paso para que una alerta de cuenta en la cafetería genere y / o haga cualquier sustitución en las opciones de comidas de su hijo.

El Formulario de Modificación de Dieta debe ser llenado en su totalidad por un médico licenciado. El médico debe identificar:

- La discapacidad del alumno que restringe su dieta
- La principal actividad vital afectada por la discapacidad
- Los alimentos que deben omitirse de la dieta del alumno y la comida o elección de alimentos que deben sustituirse.

Una vez que un médico haya completado el Formulario de Modificación de Dieta, por favor devuelva el formulario a la enfermera de la escuela.

- Por favor espere hasta por lo menos 48 horas para que la solicitud de modificación de dieta se cumpla en el campus del alumno.

Eliminación de modificaciones dietéticas

Se debe enviar a la oficina de Servicios de Nutrición Estudiantil de Garland ISD un segundo Formulario de Modificación de Dieta, una nota oficial del médico en su membrete o una declaración firmada por el padre / tutor que indique que el alumno ya no necesita una adaptación dietética para comer antes de la terminación de la adaptación alimenticia.

Modificaciones dietéticas para alumnos sin discapacidad

Revise el menú con su alumno vía [SchoolCafé - GARLAND ISD \(schoolcafe.com\)](#) para que pueda entender las opciones que están disponibles en la cafetería.

Circunstancias en las que los alumnos sin discapacidad, pero que necesitan una modificación dietética especial pueden comunicarse con los Servicios de Nutrición Estudiantil. Las modificaciones en estas situaciones serán determinadas por el Coordinador del Menú caso por caso.

Si desea hablar con el Coordinador del Menú del Distrito antes de enviar el formulario de modificación de la dieta, consulte la información de contacto a continuación.

Garland ISD Student Nutrition Services
Seon Ervin
Servin3@garlandisd.net

Updated: 4/14/2022
Menu Coordinator
972-487-4184



Garland ISD Student Nutrition Services DIET MODIFICATION REQUEST FORM

Student ID#

Student's Name (Last, First)

Date of Birth

**Form is to be completed by an authorized medical professional
Return completed form to school nurse**

Important Notifications.

Information submitted to Health Services at enrollment or via Skyward is NOT received by Student Nutrition Services. This includes food allergies and intolerances. A completed Diet Modification Request is the **ONLY** record Student Nutrition Services receives and uses to document special dietary needs.

Nutrition and allergen information is available via **SchoolCafé** to help you plan your child's meals in a way that fits with your dietary and religious preferences. SchoolCafé can be accessed here: www.schoolcafe.com/garlandisd **OR** users can download the **SchoolCafé App** available for Apple and Android devices.

Section I: Does the student have a disability, medical condition, or severe food allergy warranting a special diet? Yes No

A disability is defined as a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities.

If "YES", please specify: _____
If "NO", a special diet is not warranted.

Please Note: Student Nutrition Services will attempt to accommodate non-life threatening food allergies or intolerances, but reserves the right to modify the menu based on product availability.

Soy Milk is available upon Physician request **ONLY. Please indicate if student will need to have soy milk provided. Yes No

Does the student's disability or medical condition require texture modification? (Select One) Yes No
If "YES", please select ONE: Pureed Ground Chopped

Section II: Student Diagnosis or Condition (Select 1) Food Intolerance Food Allergy Life Threatening Food Allergy

Please select all foods to omit from student's diet during the school day (not to be used as a medical history):

Dairy (Select all that apply)

- Fluid Milk
- Cheese and recipes with cheese listed as an ingredient
- Menu items with any dairy listed as an ingredient

Egg (Select all that apply)

- Whole eggs such as scrambled eggs or hard cooked eggs
- Menu items with any egg listed as an ingredient

Wheat / Gluten (Select all that apply)

- Menu items with any wheat listed as an ingredient

Fish or Shellfish (Select all that apply)

- Fish
- Shellfish

Other: _____

Nuts (Select all that apply)

- Peanuts
- Tree Nuts

Corn (Select all that apply)

- Whole corn such as corn kernels, tortilla chips, corn muffin
- Menu items with corn / corn products listed as an ingredient

Soy (Select all that apply)

- Soy Lecithin
- Soy Protein (concentrate, hydrolyzed, isolate)
- Soy as a main ingredient such as soy sauce or whole soy beans

Sesame

- Menu items with any sesame listed as an ingredient

I certify that the above named student needs to be offered food substitutions as described above because of the student's disability/Life Threatening food allergy or food intolerance/allergy as indicated.

Name of Medical Authority _____ MD DO RD PA NP SLP
(PLEASE PRINT)

Prescribing Physician/Medical Authority _____ (SIGNATURE) _____ (DATE)

Contact Number _____

I understand that if my child's medical or health needs change, it is my responsibility to provide documentation from my child's physician to the Student Nutrition Services office and the school nurse. I consent to the exchange of information between the physician and school as needed.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE DATE CONTACT NUMBER OF PARENT/GUARDIAN OTHER CONTACT NUMBER

E-mail Address (We will use this to send acknowledgement and details of your child's menu plan. PRINT NEATLY)

School Nurse/Office Personnel USE ONLY

Student ID # _____ Student Name _____ School _____

School RN Name _____ School RN Contact # _____

School RN Email