

Đã cập nhật: 7/10/2024

Điều phối viên Thực đơn

972-487-4184

Kính gửi Phụ huynh/Người giám hộ,

Dịch vụ Dinh dưỡng cho Học sinh Garland ISD (SNS) phải có Mẫu đơn Thay đổi Chế độ Ăn uống hoặc IEP trong hồ sơ nếu học sinh có nhu cầu ăn uống tại trường. Mỗi năm học không yêu cầu phải có Mẫu Đơn Thay đổi Chế độ Ăn uống nếu nhu cầu ăn uống vẫn như cũ.

Đối với học sinh mới nhập học/ghi danh có yêu cầu thay đổi chế độ ăn uống, có thể tìm thấy mẫu đơn tại đây:

Các nhu cầu chế độ ăn uống đặc biệt | Khu học Chánh Độc lập Garland garlandisd.net)

Garland ISD cam kết cung cấp một môi trường an toàn cho con quý vị ở trường.

Bước sau đây phải được thực hiện nhằm thông báo với nhà ăn để tạo và/hoặc thực hiện bất kỳ sự thay thế nào đối với các lựa chọn bữa ăn của con quý vị.

Mẫu Yêu cầu Sửa đổi Chế độ Ăn uống phải được điền toàn bộ bởi bác sĩ được cấp phép. Bác sĩ phải xác định:

- Tình trạng khuyết tật hạn chế chế độ ăn uống của học sinh
- Hoạt động chính trong cuộc sống bị ảnh hưởng bởi khuyết tật
- Các loại thực phẩm bắt buộc phải loại bỏ khỏi chế độ ăn uống của học sinh và thực phẩm hoặc lựa chọn thực phẩm bắt buộc phải thay thế.

Sau khi bác sĩ điền vào Mẫu đơn Sửa đổi Chế độ Ăn uống, vui lòng gửi lại mẫu đơn cho y tá của trường.

 Vui lòng đợi tối đa 48 giờ để yêu cầu sửa đổi chế độ ăn uống được hoàn thành tại khuôn viên trường học của học sinh.

Loại bỏ các thay đổi chế độ ăn uống

Mẫu yêu cầu Sửa đổi Chế độ Ăn uống thứ hai, ghi chú của bác sĩ chính thức trên bìa thư của họ **hoặc** tuyên bố có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ cho biết rằng học sinh không có nhu cầu ăn uống nữa phải được nộp cho Garland ISD SNS trước khi chấm dứt nhu cầu ăn uống.

Thay đổi chế độ ăn uống cho học sinh không bị khuyết tật

Xem lại thực đơn tại <u>SchoolCafé - GARLAND ISD (schoolcafe.com)</u> với con quý vị để các em hiểu những lựa chọn nào có sẵn từ nhà ăn.

Những trường hợp học sinh không bị khuyết tật nhưng cần thay đổi chế độ ăn uống đặc biệt có thể liên lạc với Dịch vụ Dinh dưỡng Học sinh. Các sửa đổi trong các trường hợp này sẽ được Điều phối viên Thực đơn quyết định theo từng trường hợp cụ thể.

Nếu quý vị muốn nói chuyện với Điều phối viên Thực đơn của học khu trước khi gửi mẫu đơn sửa đổi chế độ ăn uống, vui lòng xem thông tin liên lạc bên dưới.



Garland ISD Student Nutrition Services DIFT MODIFICATION REQUEST FORM

31	SERVI									0,			0_0									
Student ID#							ent's Nam (Last, First	- 1											ate of irth			
						Fo	orm is to				an aut					sional						
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.																						
A disability	Section I : Does the student have a disability, medical condition, or severe food allergy warranting a special diet? 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.																						
<u>Please Note:</u> 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 or Almond Milk is available upon licensed healthcare professional request ONLY . Indicate substitution																						
Does the student's disability or medical condition require texture modification? (Select One) If "YES", please select ONE: Pureed Ground Chopped																						
Section II : Student Diagnosis or Condition (Select 1)									Food	Intoler	ance	F	ood	Allerg	,	Life Thre	atenii	ng Foo	d Alle	rgy		
Please se	lect al	l food	s to om	it from	ı stude	nt's die	et during	the s	chool d	ay (no	t to be	used a	s a me	dical	history	<u>):</u>						
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) Nuts (Select all that apply)																						
Fluid Milk											Pe	eanuts										
Cheese and recipes with cheese listed as an ingredient Menu items with any dairy listed as an ingredient								dient	Tree Nuts Corn (Select all that apply)													
Egg (Select all that apply) Whole corn such as corn kernels, tortilla chips, corn muffin																						
		-	•				or hard		ed egg:	S	90					/ COIII p	noducis ii	isieu a	as an m	Jiedie	#IIL	
Menu items with any egg listed as an ingredient Soy (Select all that apply)																						
Wheat / Gluten (Select all that apply) Soy Lecithin Soy Protein (concentrate, hydrolyzed, isolate)																						
Menu items with any wheat listed as an ingredient								Soy as a main ingredient such as soy sauce or whole soy beans														
Fish or Shellfish (Select all that apply) Fish									Sesame													
	Shel	lfish										M	enu ite	ns wi	th any	sesame	listed as	an in	gredient	i		
Othe	r:																					
I certify the											itutions	s as de	escribe	ed ab	ove be	cause	of the stu	ıdent'	s disab	ility/l	₋ife	
Threatening food allergy or food intolerance/allergy as indicated.																						
Name of I	Vledic	al Au	thority					(PLE	ASE PRINT)					MD	☐ D	O 🗌 F	RD	☐ PA		NP	SLP
Prescribing Physician/Medical Authority(SIGNATURE)(DATE)																						
Contact Number																						
I understa	nd tha	t if m	y child's	medi	cal or l	nealth	needs ch	ange	, it is m	ny resp	onsibili	ty to p	rovide	docun	nentati	on from	my child'	s phys	sician to	the S	Student	
Nutrition S																						
			GUARDIAN							DATE						ARENT/GUA	RDIAN		OTHER	R CONT/	ACT NUMBE	R
E-mail Add	dress	(We v	vill use	this to	send a	acknow	<u>/ledgeme</u>	ent ar	nd deta	ils of y	our chil	d´s me	enú pla	n. PR	INT NE	EATLY)						
				Ш																		
School N	lurse	/Offi	ce Per	'sonn	iel US																	
Student ID #School																						
School RN Name School RN Contact #																						
School RN Email																						

This institution is an equal opportunity provider.

3508598615