

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 [SchoolCafé - GARLAND ISD \(schoolcafe.com\)](#) 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
DIET MODIFICATION REQUEST FORM

Student ID# [grid]

Student's Name (Last, First) [text box]

Date of Birth [text box]

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 SchoolCafe to help you plan your child's meals in a way that fits with your dietary and religious preferences. SchoolCafe can be accessed here: www.schoolcafe.com/garlandisd OR users can download the SchoolCafe 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 (PLEASE PRINT) MD DO RD PA NP SLP

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