COLQUITT COUNTY
SCHOOL DISTRICT
ESTD. 1873

Ben Wiggins
Superintendent
229.890.6200
www.colquitt.k12.ga.us

P.O. Box 2708 | Moultrie, Georgia 31776-2708

Atención Padres Memo

Adjunto va una Forma de Aviso de Alergias de Comida. Este formulario debe usarse al enviar documentación para los Ajustes de comidas escolares debido a razones médicas y DEBE estar firmado por un médico.

Parte 1: Para que lo complete el Padre/Tutor

Parte 2: Sección de Alergia de Comida. Para que lo complete el Doctor.

Este aviso solo debe presentarse una vez durante la inscripción escolar de su hijo. Este aviso permanecerá en el archivo y las adaptaciones de comidas permanecerán en vigencia a menos que recibamos una declaración de la guía de ajuste profesional médica descrita en este formulario. Nuevamente, solo se le pedirá que presente este formulario UNA vez durante la inscripción escolar de su hijo en las Escuelas del Condado Colquitt. Los ajustes a los componentes de la comida deben estar respaldados por una declaración médica si se requieren cambios futuros. De lo contrario, los ajustes en la dieta permanecerán vigentes hasta que el estudiante salga del Sistema Escolar del Condado Colquitt.

Si su hijo tiene una alergia de alimentos y se requieren ajustes de comida, lleve este formulario a su MÉDICO para completarlo y firmarlo.

No proveer este formulario puede poner en peligro la seguridad nutricional de su hijo mientras está en la escuela. Es nuestro deseo proteger y mantener a su hijo durante la hora de la comida según las instrucciones de un profesional médico capacitado. Ayúdenos enviando la documentación requerida como se describe.

Sinceramente,

Departamento de Nutrición Escolar del Condado Colquitt.
•Regrese la forma a la enfermera escolar de su niño, a la cafetería envíela a:

Colquitt County School Nutrition Dept.
PO Box2708
Moultrie, Ga. 31776

The Colquitt County School District is an equal opportunity provider and employer and is committed to a policy of nondiscrimination in relation to race, color, religion, gender, age, national origin, political affiliation, disability, genetic information and testing, and the Family and Medical Leave Act. We prohibit retaliation against individuals who bring forth any complaint, orally or in writing, to the employer or the government, or against any individuals who assist or participate in the investigation of any complaint or otherwise oppose discrimination.

AVISO DE ALERGIAS DE ALIMENTOS

Si necesita ayuda con esta forma, comuníquese con el Coordinador de Enfermeras Escolares del Condado Colquitt o el Director de Nutrición Escolar al 229-890-6200.

DECLARACIÓN MÉDICA PARA PEDIR ACOMODACIONES DE PROGRAMAS DE COMIDA ESCOLAR POR ALERGIAS APOYADAS POR DECLARACIÓN MÉDICA

Regrésela a la enfermera de la escuela o al gerente de la cafetería cuando la llene.

*** Este aviso permanecerá en el archivo del estudiante. Los ajustes a los componentes de las comidas deben estar apoyados por una declaración médica. Si requieren cambios futuros. Si no, los ajustes en la dieta seguirán vigentes hasta que el alumno salga del Sistema Escolar del Condado Colquitt..**

Parte 1: Para que la complete el Padre/Tutor

Nombre del Niño	Edad del Niño	Nombre de la Escuela	Grado/Aula

Nombre del Padre (en letra de imprenta por favor)		
	Número de teléfono	Correo electrónico

Firma del Padre	Fecha

Parte 2: Alergia de Alimentos

Por favor provea una descripción de la alergia de ALIMENTO de su niño y como restringe la dieta del niño.

Por favor explique cómo acomodar la dieta requerida.

Liste cualquier restricción dietética o instrucciones especiales para alimentos escolares.

Liste alimento(s) que se debe omitir de la dieta:	Liste alimento(s) que se debe substituir:
_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Modificaciones de textura designada necesaria para todos los alimentos:	Consistencia Designada para líquidos:
Puré Molido Finamente/Cortado Picado/cortado en piezas tamaño- mordida	Espeso como pudding ☐ Espeso como Néctar Espeso como miel ☐ Aguado/Consistencia Normal

Liste cualquier equipo especial o utensilios necesarios:

Comentarios adicionales sobre las costumbres de comer o alimentar al niño:

Firme abajo

Signature Below Signature of State Licensed Healthcare Professional	Fecha
State Licensed Healthcare Professional's Name, Title & Phone Number (Please Print)	Fecha