



Food Allergy Form to Request Special Meals and Milk Substitutions

Please complete this section by a Parent or Guardian

School :	Classroom:
Student Name:	Date:
Name of Parent/Guardian:	Phone Number:

Signature of Parent/Guardian: _____

The following section must be completed by a **licensed medical professional**.

Please check the corresponding box for the type of Accommodation being requested:

- Lactose Intolerance and is requesting a milk substitution (not milk allergy)
- Celiac Disease or Gluten Intolerance
- Peanut or nut allergy (specify nut): _____
- Student has been assigned a special diet with carbohydrate allowance
- Student has a special dietary need not listed (please list below):

State disability or medical condition requiring special meal, accommodation, or fluid milk substitution: _____

Diet prescription or accommodation: _____

Foods to be omitted from the student's diet: _____

Foods that can be substituted in the student's diet: _____

Print Name of Medical Professional:	Signature of Medical Professional:
Contact Number:	Date:
Print Name of Parent/Guardian:	Parent/Guardian Signature:

Please also attach a copy of the doctor's note with signature/stamp approval.

Formulario de alergias alimentaria para solicitar comidas especiales y sustituciones de leche

Por favor complete esta sección por un madre/padre o tutor

Escuela :	La sala de clase:
Nombre del Estudiante:	Fecha:
Nombre del Padre/Madre/Tutor:	Número de teléfono:

Firma del Madre/Padre/Tutor: _____

La sección siguiente debe ser completada por un profesional médico acreditado.

Por favor marque la casilla correspondiente al tipo de Alojamiento que solicita:

- Intolerancia a la lactosa y solicita un sustituto de la leche (no por alergia a la leche)
- Enfermedad celíaca o Intolerancia al Gluten
- Alergia al maní o a los nueces (especificar el tipo de nueces): _____
- Al estudiante se le ha asignado una dieta especial para las porciones de carbohidratos.
- El estudiante tiene una necesidad dietética especial no incluida en la lista (indique a continuación):

Discapacidad estatal o condición médica que requiere comida especial, alojamiento o sustitución de leche líquida: _____

Prescripción de dieta o acomodación: _____

Alimentos a omitir de la dieta del estudiante: _____

Alimentos que se pueden sustituir en la dieta del estudiante: _____

Nombre en letra de imprenta del profesional médico:	Firma del Profesional Médico:
Número de contacto:	Fecha: _____
Escriba en letra de imprenta la madre /padre/ tutor:	Firma del madre/padre/tutor: _____

Adjunte también una copia de la nota del médico con firma/sello de aprobación.