



MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS

Request type options: New, Change/Modify Existing, Discontinue

PART 1: GENERAL INFORMATION - COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN

I understand as a parent, that it is my duty to update this form any time there is a change or discontinuation of dietary needs and to give to the school nurse. I give Broward County Public Schools FNS permission to speak with the state licensed healthcare professional to discuss dietary needs as ordered.

Signature line for Parent/Guardian, Date, and Contact Number

Student First and Last Name, State licensed healthcare professional may assist parent/guardian in completing this section.

Student Date of Birth, Lactose Intolerance options (No Yogurt, No Cheese, No Fluid Dairy Milk, Offer instead)

Name of School/Center, Religious/Cultural Beliefs Food Restrictions (No Pork, Other)

Name of Parent/Guardian, Religious/Cultural Beliefs Food Restrictions (No Pork, Other)

PART 2: ALLERGIES - COMPLETED BY STATE LICENSED HEALTHCARE PROFESSIONAL

Section A: Student with Medical Disability/Life-Threatening vs Section B: Student with NO Medical Disability/Non-Life-Threatening

Does the student have a disability which restricts the student's diet? Yes/No

*If Yes, describe or state the student's disability or diagnosis. Explain why it restricts the student's diet and list major life activities affected by the disability.

Food Allergy: Student has food allergies that ARE life threatening/anaphylactic: Yes/No

Milk/Dairy Allergy: Check ALL that apply. No Fluid Dairy Milk, No Yogurt, No Cheese, No menu items with milk as an ingredient

Egg Allergy: Check ALL that apply. No Whole Eggs (such as scrambled or boiled), No menu items with egg as an ingredient

Soy Allergy (soy oil is allowed)

Additional Food Allergies: (Please print)

Student has allergies/intolerances that are NOT life-threatening/anaphylactic:

Milk/Dairy Allergy: Check ALL that apply. No Fluid Dairy Milk, No Yogurt, No Cheese, No menu items with milk as an ingredient

Egg Allergy: Check ALL that apply. No Whole Eggs (such as scrambled or boiled), No menu items with egg as an ingredient

Soy Allergy (soy oil is allowed)

Additional Food Allergies: (Please print)

Indicate Food Texture for Above Student: Regular/Pureed

PART 3: SIGNATURE - COMPLETED BY A LICENSED MEDICAL PROFESSIONAL

Printed Name of State Licensed Medical Professional, Title: Physician/Physician Assistant/Nurse Practitioner (ARNP)

Signature of State Licensed Medical Professional, Date Signed, VALID FOR ONE YEAR FROM THIS DATE

Medical Office Address, Medical Office Phone Number



DECLARAÇÃO MÉDICA PARA SOLICITAÇÃO DE REFEIÇÕES ESPECIAIS E/OU ADAPTAÇÕES INSTRUÇÕES

Os pais ou responsáveis devem preencher a Parte 1. **Um profissional de saúde licenciado pelo estado**, que esteja autorizado a prescrever medicamentos de acordo com a lei estadual, deve preencher as **Partes 2 e 3**. Na Flórida, incluem-se médicos, assistentes de médicos ou enfermeiros (ARNP).

PARTE 1: INFORMAÇÕES GERAIS - A SER PREENCHIDA PELO(A) PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

1. **Assinatura do(a) Pai/Mãe/Responsável** Leia a declaração de responsabilidade. Em seguida, assine, date e inclua o número de telefone do pai/mãe/responsável que está solicitando a refeição e/ou adaptação especial para o estudante/participante.
2. **Nome e Sobrenome do(a) Estudante:** Escreva o nome do estudante que está solicitando refeições e/ou adaptações especiais.
3. **Data de Nascimento:** Escreva a data de nascimento do estudante.
4. **Nome da Escola/Centro:** Escreva o nome do local onde o estudante fará as refeições.
5. **Nome do(a) Pai/Mãe/Responsável:** Escreva o nome da pessoa que assinou a declaração de responsabilidade.
6. **Intolerância à Lactose:** Indique todos os alimentos que contêm lactose que o estudante não pode consumir. Certifique-se de indicar também uma bebida que o estudante possa tomar.
7. **Restrições Alimentares Relacionadas a Crenças Religiosas/Culturais:** Assinale todas as opções aplicáveis. Inclua quaisquer alimentos adicionais que o estudante não possa consumir devido a crenças religiosas ou culturais.

PARTE 2: ALERGIAS – A SER PREENCHIDA POR UM PROFISSIONAL DE SAÚDE LICENCIADO PELO ESTADO

SEÇÃO A: Preencha esta Seção se o Estudante tiver uma Deficiência Médica que Coloque sua Vida em Risco

8. **O estudante tem alguma deficiência?** Assinale Sim ou Não.
 - a. "*Estudante com deficiência*" é definido como qualquer estudante que tenha uma **deficiência física ou mental** que limite significativamente uma ou mais **atividades principais da vida**, que tenha registro de tal deficiência, ou que seja considerado como tendo tal **deficiência**.
 - b. "*Deficiência física ou mental*" significa (a) qualquer distúrbio ou condição fisiológica, desfiguração cosmética ou perda anatômica que afete um ou mais dos seguintes sistemas corporais: neurológico; musculoesquelético; órgãos dos sentidos especiais; respiratório, inclusive órgãos da fala; cardiovascular; reprodutivo, digestivo, geniturinário; hemático e linfático; cutâneo; e endócrino; ou (b) qualquer distúrbio mental ou psicológico, como deficiência intelectual, síndrome cerebral orgânica, distúrbios emocionais ou mentais e dificuldades específicas de aprendizagem.
 - c. As "atividades principais da vida" incluem, entre outras, cuidar de si mesmo, realizar tarefas manuais, ver, ouvir, comer, dormir, andar, ficar em pé, levantar-se, flexionar-se, falar, respirar, aprender, ler, concentrar-se, pensar, comunicar-se e trabalhar.
 - d. "Ter registro de tal deficiência" é definido como ter um histórico ou ter sido classificado (ou classificado incorretamente) como tendo uma deficiência mental ou física que limite significativamente uma ou mais atividades principais da vida.
9. **Deficiência/Diagnóstico:** Descreva ou informe a deficiência ou o diagnóstico do estudante e explique por que isso restringe a alimentação do estudante e liste as atividades principais da vida afetadas pela deficiência.
10. **Alergia Alimentar:** Assinale Sim ou Não para indicar se o estudante tem alguma alergia alimentar com risco de vida. Em caso afirmativo, continue na Seção A. Em caso negativo, siga para a Seção B.
11. **Alergia ao Leite/Laticínios:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir. Selecione uma bebida que o estudante/participante possa tomar.
12. **Alergia a Ovos:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir.
13. **Alergia à Soja:** Assinale se aplicável.
14. **Alergias Alimentares Adicionais:** Inclua outro(s) alérgeno(s) **alimentar(es) com risco de vida** ao(s) qual(is) o estudante é alérgico (por exemplo, amendoim, nozes, trigo, peixe, marisco, gergelim).
15. **Indicar Textura:** Se o estudante ou participante não precisar de nenhuma modificação, marque "Regular"

Seção B: Preencha esta Seção se o Estudante NÃO tiver Deficiência Médica/Alergia/Intolerância Alimentar Sem Risco de Vida.

16. **Alergia ao Leite/Laticínios:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir. Selecione uma bebida que o estudante possa tomar.
17. **Alergia a Ovos:** Indique todos os alimentos que o estudante não pode consumir.
18. **Alergia à Soja:** Assinale se aplicável.
19. **Alergias Alimentares Adicionais:** Inclua outros alérgeno(s) **alimentar(es) que não ameace(m) a vida do aluno** e ao qual ele é alérgico/intolerante (por exemplo, amendoim, nozes, trigo, peixe, marisco, gergelim).

PARTE 3:

20. **Nome do Profissional de Saúde Licenciado pelo Estado em letra de forma.** Escreva o nome do profissional médico licenciado pelo estado que supervisiona os cuidados com o estudante.
21. **Título:** Assinale a caixa correspondente às credenciais do profissional médico licenciado.
22. **Assinatura do Profissional de Saúde Licenciado pelo Estado:** Assinatura do profissional de saúde licenciado pelo estado que está solicitando a refeição especial ou adaptação.
23. **Data da Assinatura:** A data em que o profissional de saúde licenciado pelo estado assinou o formulário.
24. **Nome do Consultório Médico:** Escreva o nome do consultório onde o estudante recebe atendimento do profissional médico licenciado pelo estado.
25. **Endereço do Consultório Médico:** Endereço do consultório / local de trabalho do profissional médico licenciado pelo estado.
26. **Telefone do Consultório Médico:** Telefone do profissional de saúde licenciado pelo estado.

Required annually. Valid for 1 year.

This institution is an equal opportunity provider.

Questions? Call 754-321-0215.