



Declaración médica de nutrición infantil para modificaciones de comidas

Departamento de Nutrición Infantil del Distrito Escolar de Little Rock
1501 Jones Street, Little Rock, AR 72202 (501)447-2450
childnutrition@lrsd.org

PARTE UNO – Esta parte debe ser llenada por el personal escolar o el padre

Nombre del estudiante	
Edad / Grado	
Numero de ID del estudiante	
Nombre(s) de los padres	
Teléfono diurno	
Fecha	
Nombre de la escuela	
Nombre del médico	
Número de teléfono de la oficina	

PARTE DOS – Debe ser llenada por un médico autorizado u otro profesional de la salud con autoridad prescriptiva en Arkansas

<p>Restricción(es) dietética</p> <p><i>Una breve explicación del impedimento físico o mental del estudiante y cómo afecta su alimentación</i></p>	
<p>Modificación(es) necesaria (alimentos que deben evitarse)</p> <p><i>Puede incluir, pero no se limita a alimentos para evitar o restringir, alimentos para sustituir, modificaciones calóricas, sustitución de fórmulas nutritivas líquidas, etc.</i></p>	
<p>Sustitución (es)</p>	

Si hay información adicional disponible, incluida la información nutricional compartida con la familia, y está disponible y/o es necesaria, adjúntela a este formulario o envíela al Administrador de Nutrición Infantil de la escuela.

Fecha

Firma del médico autorizado