

ALLERGIES AND FOOD INTOLERANCES

*****Complete this form only if your child has a food allergy, intolerance or religious restriction requiring special meals or accommodations. ***** The Program will provide reasonable accommodations based on the request.

MEDICAL STATEMENT TO REQUEST SPECIAL MEALS AND/OR ACCOMMODATIONS 2025-2026

School/Agency Name	Site Name, if different from #1	Site Telephone Number											
Name of Participant		Date of Birth											
Name of Parent or Guardian		Telephone Number											
Check one: ☐ Participant has a disability or a medical condition and REQUIRES a special meal or accommodation. A licensed medical authority must sign this form. ☐ Participant does NOT have a disability, but is requesting a special meal of accommodation due to food intolerances or other medical reasons. Food preferences are not an appropriate use of this form. A licensed medical authority must sign this form.													
Description of participant's physical, mental, or disability impairment (if applicable):													
Explanation of special diet or meal accommodations (please describe in detail to ensure proper implementation – use extra pages as needed):													
Foods to be omitted and substitutions: (please list specific foods to be omitted and required substitution; attach a sheet with additional information as needed) *Milk substitutes offered in the program = Lactaid or Soy milk. **For other milk or food accommodations, please have the child's medical authority (doctor, PA-C, NP, etc) complete all sections below.** <table> <tr> <td><i>Foods To Be Omitted</i></td> <td><i>Foods To Be Substituted</i></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>				<i>Foods To Be Omitted</i>	<i>Foods To Be Substituted</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>Foods To Be Omitted</i>	<i>Foods To Be Substituted</i>												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
Indicate texture: ☐ Regular ☐ Chopped ☐ Ground ☐ Pureed													
Adaptive Equipment:													
Signature of Parent/Guardian*	Printed Name	Telephone Number	Date										
Signature of Medical Authority*	Printed Name	Telephone Number	Date										

***Please take this form to your child's healthcare provider for review, completion, and signature.**

The information on this form should be updated annually to reflect the current medical and/or nutritional needs of the participant.

LAS ALERGIAS Y LAS INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

*****Complete este formulario solo si su hijo tiene alergia alimentaria, intolerancia o restricción religiosa que requiera comidas o adaptaciones especiales. *** El Programa proporcionara adaptaciones razonables según la solicitud.**

DECLARACION MEDICA PARA SOLICITAR COMIDAS Y/O ALOJAMIENTOS ESPECIALES 2025-2026

Nombre de la Escuela/Agencia	Nombre del sitio, si es diferente del #1	Numero de teléfono del sitio											
Nombre del Participante		Fecha de Nacimiento											
Nombre de la madre/padre o tutor		Numero de telefono											
Marque uno: ☐ El participante tiene una discapacidad o una condición médica y REQUIERE una comida o alojamiento especial. Una autoridad medica autorizada debe firmar este formulario. ☐ El participante NO tiene una discapacidad, pero solicita una comida especial o alojamiento debido a intolerancias alimentarias u otras razones médicas. Las preferencias alimentarias no son un uso apropiado de este formulario. Una autoridad medica autorizada debe firmar este formulario.													
Descripción del impedimento físico, mental o de discapacidad del participante (si corresponde):													
Explicación de dietas especiales o adaptaciones de comidas (describa en detalle para garantizar una implementación adecuada; use paginas adicionales según sea necesario):													
Alimentos que se deben omitir y sustituciones: (enumere los alimentos específicos que se omitirán y los que se requerirán sustitución; adjunte una hoja con información adicional según sea necesario) *Sustitutos de la leche ofrecidos en el programa = Lactaid o Leche de soja. **Para otras adaptaciones de leche o alimentos, haga que la autoridad médica del niño (medico, PA-C, NP, etc.) complete todas las secciones a continuación. ** <table border="0"> <tr> <td><i>Alimentos que se deben omitir</i></td> <td><i>Alimentos a sustituir</i></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>				<i>Alimentos que se deben omitir</i>	<i>Alimentos a sustituir</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>Alimentos que se deben omitir</i>	<i>Alimentos a sustituir</i>												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
_____	_____												
Indicar textura: ☐ Regular ☐ Picado ☐ Molido ☐ En Pure													
Equipo Adaptativo:													
Firma de la madre/padre o tutor*	Nombre Impreso	Numero de Telefono	Fecha										
Firma de Autoridad Medica*	Nombre Impreso	Numero de Telefono	Fecha										

***Lleve este formulario al proveedor de atención medica de su hijo para que lo revise, lo complete y lo firme.**

La información en este formulario debe actualizarse anualmente para reflejar las necesidades medica y/o nutricionales actuales del participante.