

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 2026-2027

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											
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 2026-2027

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 <i>(si corresponde)</i>:															
Explicación de dietas especiales o adaptaciones de comidas <i>(describa en detalle para garantizar una implementación adecuada; use paginas adicionales según sea necesario)</i>:															
Alimentos que se deben omitir y sustituciones: <i>(enumere los alimentos específicos que se omitirán y los que se requerirán sustitución; adjunte una hoja con información adicional según sea necesario)</i> *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 style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><i>Alimentos que se deben omitir</i></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><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> <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.