



Servicios de Alimentos y Nutrición

A los Padres /Guardianes de: _____ Identificación del Estudiante: _____ Escuela: _____

LLENE ESTA FORMA SOLAMENTE PARA ESTUDIANTES CON INTOLERANCIA A LA LECHE (LACTOSA)

Nuestros registros escolares de salud indican que su hijo tiene intolerancia a la leche (lactosa). Por favor complete esta forma y devuélvala a la clínica escolar donde asiste su alumno. Esta forma se colocará en el registro de salud de su hijo y la información será compartida con el personal del departamento de Alimentos y Nutrición. Si las necesidades médicas o de salud de su hijo cambian, es responsabilidad del padre/o guardianes proporcionar una actualización, por escrito, a la oficina de Servicios de Alimentos y Nutrición y también a la enfermera de la escuela del estudiante.

Desayuno y Almuerzo para escuelas Early Childhood y Pre-K estudiantes en Primaria:

Debido a un cambio reciente en la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el Departamento de Servicios de Alimentos y Nutrición del Irving ISD, **SÓLO OFRECERÁ USDA aprobada Leche de Soya Vainilla Ultra, como EL ÚNICO SUSTITUTO** para aquellos estudiantes cuya condición médica documentada que no permite el consume.

Estudiantes participando en Early Childhood/ Pre- K programas de comidas NO tiene la opción de rechazar elementos del menú.

Desayuno y Almuerzo para todo K- 12:

Para todos los programas de comidas de desayuno y almuerzo en las escuelas primarias, intermedias y secundarias los estudiantes se les permite rechazar varios elementos en el menú, incluyendo la leche de vaca. Por lo tanto, la leche de soya no se ofrecerá a los estudiantes durante estos períodos de comida, a menos que se solicite lo contrario. Animamos a los padres enviar bebidas de casa.

**Por favor marque UNA de las siguientes dos opciones:
(Early Childhood/ Pre- K estudiantes con documentación de intolerancia a la lactosa recibirá automáticamente un sustituto de la leche de soya aprobado por el USDA).**

- USDA- Aprobada – Ultra Leche de Soya Vainilla**
Me gustaría que mi hijo sea ofrecido la leche de soya para todo el año escolar.
*** Por favor, asegúrese de que su hijo va a consumir este producto antes de solicitar esta opción.
- Ningún sustito para leche necesario. (No se Aplica a Early Childhood y Pre- K Estudiantes)**

Firma del padre / médico: _____ Fecha: _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.