



2021-22 DIETARY REQUEST FORM

Student Name: _____ Date of Birth: _____ ID#: _____

School: _____ Grade: _____

Section A. (To be completed by authorized medical authority) Disability or severe/life-threatening food allergy

I. Disability or severe life-threatening food allergy Student has allergies that are life threatening/anaphylactic: Yes, continue with Section A No, refer to Section B

- Milk allergy: No liquid cow's milk (Soy milk offered in place of dairy milk) Dairy allergy: No yogurt No cheese No sour cream Avoid all dairy products, even in baked goods Egg allergy: No whole eggs No egg whites No eggs in baked goods No wheat No peanut No tree nuts No fish No shellfish No soy No corn Other:

II. Texture Modification:

- Liquids: Thin (regular liquids) Nectar thick Honey thick Pudding thick Solids: Mechanical soft (chopped) Mechanical soft (ground) Pureed (applesauce texture)

III. Therapeutic Diet Order:

Please state therapeutic diet specifics (Ex. Celiac): _____

Section B. Food allergy/intolerance (NOT LIFE-THREATENING) Student without a disability or life-threatening food allergy, but is requesting special dietary accommodation.

- Lactose intolerance: Lactaid milk will be provided Milk allergy: Soy milk will be offered only for milk allergy Dairy allergy: No yogurt No cheese No sour cream Avoid all dairy products, even in baked goods Egg allergy: No whole eggs No egg whites No eggs in baked goods No wheat No peanut No tree nuts No fish No shellfish No soy No corn Other:

*Safe food substitutions:

*Note: Child nutrition services will attempt to accommodate the substitution as requested but reserves the right to modify the menu based on product availability.

Other requests:

*We cannot guarantee accommodation of all requests.

Which meals will the student eat from the school cafeteria? Breakfast Lunch Snack Dinner

I certify that the above named student needs to be offered food substitutions as described above because of the student's disability/life-threatening food allergy or food intolerance/allergy as indicated.

Name of Practice: _____ Date: _____

Printed Name of Medical Authority: _____ MD DO RD PA NP SLP

Prescribing Physician/Medical Authority: _____ SIGNATURE CONTACT PHONE NUMBER

I understand that it is my responsibility to renew this form before each school year. I understand that if my child's medical or health needs change, it is my responsibility to provide documentation to the Crowley ISD Child Nutrition office. I also give permission for the department personnel responsible for implementing my child's special diet to discuss my child's special dietary accommodations with my child's medical authority.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE DATE CONTACT PHONE NUMBER

School Nurse - PLEASE COMPLETE

School RN: _____ Email: _____ Phone: _____

District Dietitian: _____ Email: _____ Phone: _____

Scan and email form to dietitians@crowley.k12.tx.us Contact Child Nutrition Services Dietitian at 817-297-5940 with questions or concerns.



FORMULARIO DE SOLICITUD DIETÉTICA 2021-22

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nº de identificación escolar: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Sección A. (Para ser completado por una autoridad médica autorizada.) Discapacidad o alergia alimentaria grave/potencialmente mortal

I. Discapacidad o alergia alimentaria grave potencialmente mortal

El estudiante tiene alergias que son potencialmente mortales/anafilácticas:

Sí, continuar con la Sección A No, consulte la Sección B

Alergia a la leche: No leche de vaca líquida (leche de soja ofrecida en lugar de leche láctea)

Alergia a los lácteos: No yogur No queso No crema agria Evite todos los productos lácteos, incluso en productos horneados

Alergia al huevo: No huevos enteros No claras de huevo Productos horneados sin huevo

No trigo No cacahuete No nueces de árbol No pescado No mariscos No soja No maíz Otro:

II. Modificación de textura:

Líquidos:

- Delgado (líquidos regulares)
 Néctar grueso
 Miel espesa
 Pudín espeso

Sólidos:

- Dieta blanda (picada)
 Dieta suave (molida)
 Puré (textura de puré de manzana)

III. Orden de dieta terapéutica:

Por favor, indique los detalles terapéuticos de la dieta (Por ejemplo, celiaco):

Sección B. Alergia/intolerancia alimentaria (NO POTENCIALMENTE MORTAL)

Estudiante sin una discapacidad o alergia alimentaria potencialmente mortal, pero está solicitando adaptaciones dietéticas especiales.

Intolerancia a la lactosa: Se proporcionará leche lactaid

Alergia a la leche: La leche de soja se ofrecerá solo para la alergia a la leche

Dairy allergy: No yogur No queso No crema agria Evite todos los productos lácteos, incluso en productos horneados

Alergia al huevo:

No huevos enteros No claras de huevo Productos horneados sin huevo

No trigo No cacahuete No nueces de árbol No pescado No mariscos No soja No maíz Otro:

*Sustituciones de alimentos seguros:

*Nota: Los servicios de nutrición infantil intentarán acomodar la sustitución según lo solicitado, pero se reserva el derecho de modificar el menú según la disponibilidad del producto.

Otras solicitudes:

*No podemos garantizar la acomodación de todas las solicitudes.

¿Qué comidas comerá el estudiante de la cafetería de la escuela? Desayuno Almuerzo Merienda Cena

Certifico que al estudiante nombrado anteriormente se le deben ofrecer sustituciones de alimentos como se describió anteriormente debido a la discapacidad/alergia alimentaria potencialmente mortal o intolerancia/alergia alimentaria según lo indicado.

Nombre de la práctica: _____ Fecha: _____

Nombre impreso de la autoridad médica: _____ MD DO RD PA NP SLP

Médico Prescripto/Autoridad Médica: _____

FIRMA

TELÉFONO DE CONTACTO

Entiendo que es mi responsabilidad renovar este formulario antes de cada año escolar. Entiendo que si las necesidades médicas o de salud de mi hijo cambian, es mi responsabilidad proporcionar documentación a la oficina de Nutrición Infantil de Crowley ISD. También doy permiso para que el personal del departamento responsable de implementar la dieta especial de mi hijo discuta las adaptaciones dietéticas especiales de mi hijo con la autoridad médica de mi hijo.

FIRMA DE PADRES/TUTORES

FECHA

TELEFONO DE CONTACTO

Enfermera escolar - POR FAVOR COMPLETE

School RN: _____ Email: _____ Phone: _____

District Dietitian: _____ Email: _____ Phone: _____

Scan and email form to dietitians@crowley.k12.tx.us

Contact Child Nutrition Services Dietitian at 817-297-5940 with questions or concerns.



PROCEDURE FOR REQUESTING SPECIAL DIETARY MODIFICATIONS

Dear Parent,

To ensure CISD is aware of your child's dietary needs, there are several steps to take for your child's wellbeing and safety.

1. Dietary request form must be filled out **annually** with **medical authority** and returned the nurse at your child's home campus.
2. The nurse then submits the form to the dietitian and the cafeteria manager.
3. For those with severe allergies, an individualized care plan meeting will be scheduled with the nurse, dietitian, teacher, and parent to develop a care plan for your child. Following the care plan meeting, you will be notified when the special diet can start.

Child Nutrition Services and Health Services have collaborated to devise the procedure and form for ordering special dietary modifications for students. This procedure was developed to ensure that students receive adequate nutrition and schools have the equipment and supplies necessary to meet their needs. Under Section 504 of The Rehabilitation Act of 1973, and The Americans With Disabilities Act of 1990. A "person with a disability" means any person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities, has a record of such impairment, or is regarded as having such impairment. USDA regulations 7 CFR Part 15b require substitutions or modifications in school meals for children whose disabilities restrict their diets. A child with a disability must be provided substitutions in food when the need is supported by a statement signed by a licensed medical authority. The statement must identify:

- The child's disability;
- An explanation of why the disability restricts the child's diet.
- The major life activity affected by the disability.
- The food(s) to be omitted from the child's diet, and the food choice of foods that must be substituted;
- Specific substitutions needed must be specified in a statement signed by a licensed physician.

The school food authority will decide these situations on a case- by- case basis. Documentation with accompanying information must be provided by a recognized medical authority. While school food authorities are encouraged to consult with recognized medical authorities, where appropriate; schools are not required to make modifications to meals based on food choices of a family or child regarding a healthful diet.

Please note:

*1. When a food allergen that is not one of the eight major food allergens and is listed on the ingredient list as 2% or less, this food **will be** allowed. (for example: Garlic is listed as 2% or less on the ingredient list, thus garlic is not listed as an allergen for that food); 2. Crowley ISD adheres to evidence-based research and agrees with The Food Allergy Research and Education (FARE) practice on soy allergies. The FDA exempts highly refined soybean oil from being labeled as an allergen. Studies show most individuals with a soy allergy can safely eat highly refined soy oil and soy lecithin. Thus, Crowley ISD allows soy oil and soy lecithin in the soy allergy diets.*

Please feel free to contact Child Nutrition Services at 817-297-5940 with any questions or concerns.



PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR MODIFICACIONES DIETÉTICAS ESPECIALES

Apreciado Padre/Tutor,

Para asegurarse de que CISD es consciente de las necesidades dietéticas de su hijo, hay varios pasos a seguir para el bienestar y la seguridad de su hijo.

1. El formulario de solicitud dietética debe llenarse **anualmente** con autoridad **médica** y devolver a la enfermera en la escuela de su hijo en casa.
2. La enfermera luego envía el formulario al dietista y al gerente de la cafetería.
3. Para aquellos con alergias graves, se programará una reunión individualizada del plan de atención con la enfermera, el dietista, el maestro y los padres para desarrollar un plan de atención para su hijo. Después de la reunión del plan de atención, se le notificará cuándo puede comenzar la dieta especial.

Los Servicios de Nutrición Infantil y los Servicios de Salud han colaborado para diseñar el procedimiento y el formulario para ordenar modificaciones dietéticas especiales para los estudiantes. Este procedimiento se desarrolló para garantizar que los estudiantes reciban una nutrición adecuada y que las escuelas dispongan del equipo y los suministros necesarios para satisfacer sus necesidades. Bajo la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990. Una "persona con una discapacidad" significa cualquier persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, tiene un registro de dicho impedimento, o se considera que tiene tal impedimento. Las regulaciones 7 CFR Parte 15b del USDA requieren sustituciones o modificaciones en las comidas escolares para los niños cuyas discapacidades restringen sus dietas. A un niño con una discapacidad se le deben proporcionar sustituciones en alimentos cuando la necesidad está respaldada por una declaración firmada por una autoridad médica autorizada.

La declaración debe identificar:

- La discapacidad del niño;
- Una explicación de por qué la discapacidad restringe la dieta del niño.
- La principal actividad de la vida afectada por la discapacidad.
- Los alimentos que deben omitirse de la dieta del niño, y la elección de alimentos que deben sustituirse;
- Las sustituciones específicas necesarias deben especificarse en una declaración firmada por un médico con licencia.
-

La autoridad alimentaria escolar decidirá estas situaciones caso por caso. La documentación con la información adjunta debe ser proporcionada por una autoridad médica reconocida. Mientras que se alienta a las autoridades alimentarias escolares a consultar con autoridades médicas reconocidas, cuando proceda; las escuelas no están obligadas a hacer modificaciones a las comidas basadas en las elecciones de alimentos de una familia o niño con respecto a una dieta saludable.

Tenga en cuenta:

*1. Cuando un alérgeno alimentario que no es uno de los ocho principales alérgenos alimentarios y aparece en la lista de ingredientes como 2% o menos, **se permitirá** este alimento. (por ejemplo: El ajo aparece como 2% o menos en la lista de ingredientes, por lo tanto, el ajo no aparece como un alérgeno para ese alimento); 2. Crowley ISD se adhiere a la investigación basada en la evidencia y está de acuerdo con la práctica de investigación y educación sobre alergias alimentarias (FARE) sobre las alergias a la soja. La FDA exime al aceite de soja altamente refinado de ser etiquetado como un alérgeno. Los estudios muestran que la mayoría de las personas con alergia a la soja pueden comer con seguridad aceite de soja altamente refinado y lecitina de soja. Por lo tanto, Crowley ISD permite el aceite de soja y la lecitina de soja en las dietas de alergia a la soja.*

Por favor, no dude en ponerse en contacto con servicios de nutrición infantil en 817-297-5940 con cualquier pregunta o inquietud.