



Generalmente, los niños con alergias o intolerancias alimentarias no tienen una discapacidad según se define en la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación o la Parte B de IDEA. El departamento de SNP no está obligado a realizar sustituciones de alimentos por ellos. Sin embargo, cuando la evaluación de alergias a los alimentos por parte de un médico con licencia da como resultado reacciones graves que amenazan la vida del niño, esto cumpliría con la definición de "discapacidad" y se realizarán las sustituciones prescritas por el médico.

Solicitud de dieta especial: Nuevo Cambiar existente Renovar Fecha de inicio temporal: _____ hasta _____
(Por favor imprimir)

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ ID#: _____

Padre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de la casa: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Email: _____ Fecha solicitada: _____

Por favor marque las comidas que su hijo/a comerá en la cafetería:

- Solo desayuno Solo almuerzo Desayuno y Almuerzo

¿Tiene el niño/a una discapacidad identificada y/o una alergia alimentaria potencialmente mortal?

- No** Mi hijo/a y yo seremos responsables de autocontrolar la alergia / intolerancia alimentaria.
(Por favor complete la Parte 1 - El estudiante tiene una alergia o intolerancia alimentaria no amenazante)
- YES** Mi hijo fue evaluado de acuerdo con IDEA por tener una o más de las 13 categorías de discapacidad reconocidas y que, por lo tanto, necesita educación especial y servicios relacionados.
(Complete la Parte II / Sección y B - El estudiante tiene una discapacidad y/o una alergia a los alimentos que pone en peligro su vida)

Entiendo que es mi responsabilidad renovar este formulario antes de cada año escolar y cada vez que cambien las necesidades nutricionales de mi hijo/a. Doy permiso al Departamento de Nutrición Escolar de Seguin ISD para hablar con el médico que se indica a continuación o con la autoridad médica reconocida para discutir las necesidades dietéticas que se describen a continuación.

Firma del Padre/Guardián legal: _____ Fecha: _____

To Be Completed by SISD Staff

Received by: _____ Date: _____

Part 1 Received on: _____ By: _____

Part 2 Received on: _____ By: _____



Student: _____ DOB: _____ ID#: _____

TO BE COMPLETED BY A RECOGNIZED MEDICAL AUTHORITY TREATING THIS STUDENT

Directions:

Part I – if the student has a non-threatening food allergy or intolerance

Part II Section A & B – if the student has a disability and/or life threatening food allergy

Physician (Printed Name) Physician's Signature Date

Address: _____ Phone: _____

PART I – NON-LIFE THREATENING FOOD ALLERGY OR FOOD INTOLERANCE (check all that apply)

FOOD: Eggs NUTS: Peanuts Tree Nuts Sesame Seeds

LACTOSE INTOLERANCE/DAIRY: NO milk Avoid ALL dairy products Avoid ALL dairy in baked products

FISH: Shellfish Wheat Corn Soy Other: _____

Please mail or fax to:
Seguin IDS School Nutrition Department
1105 N. King
Seguin, TX 78155
Fax: 830-379-9326



Student: _____ DOB: _____ ID#: _____

TO BE COMPLETED BY A RECOGNIZED MEDICAL AUTHORITY TREATING THIS STUDENT

Directions:

Part I – if the student has a non-threatening food allergy or intolerance

Part II Section A & B – if the student has a disability and/or life threatening food allergy

 Physician (Printed Name) Physician's Signature Date
 Address: _____ Phone: _____

PART II – DISABILITY & LIFE-THREATENING FOOD ALLERGIES

Section A: Disability

List ALL disabilities requiring meal modifications: _____

Major life activity affected by **DISABILITY**:

Please Note: Seguin ISD CANNOT honor this Request Form unless at least one life activity is marked.

- Soy Speaking Hearing Seeing Walking Leaning Breathing
 Caring for One's Self Performing Manual Tasks Others: _____

Diet Order: Indicate specific restrictions in space provided

- Diabetes NA Restriction Renal
 Texture modifications, if applicable, please specify:
 LIQUIDS: Thin Thickened SOLIDS: No Restriction Soft Chopped Pureed

Section B: Life Threatening Food Allergies (Food Anaphylaxis)

Life threatening food allergies: Ingestion Contact Inhalation EPI-PEN PRESCRIBED

FOOD: Eggs NUTS: Peanuts Tree Nuts Sesame Seeds

LACTOSE INTOLERANCE/DAIRY: NO milk Avoid ALL dairy products Avoid ALL dairy in baked products

FISH: Shellfish Wheat Corn Soy Other: _____

Please mail or fax to:

Seguin IDS School Nutrition Department
 1105 N. King
 Seguin, TX 78155
 Fax: 830-379-9326