



الدائرة التعليمية بمقاطعة DeKalb
إدارة خدمات التعليم والدعم الاستثنائية
5839 Memorial Drive
Stone Mountain, Georgia 30083
(678) 676-1800
الفاكس (678) 676-1888

الطفل المذكور أدناه مشترك في إحدى برامج التغذية المدرسية التابعة لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA).
تتطلب لوائح وزارة الزراعة الأمريكية 7CFR الجزء 15B توفير بدائل أو تعديلات على وجبات برامج التغذية المدرسية للأطفال الذين تتسبب إعاقتهم في تقييد نظامهم الغذائي مدعومًا ببيان موقع من طبيب مرخص. قد تدخل أنواع الحساسية ضد الطعام التي قد تؤدي إلى رد فعلي خطير ومهدد للحياة (تأقي) في تعريف "الإعاقة".
يجوز لهيئة الطعام المدرسي أن تختار مراعاة حاجة غذائية خاصة غير إعاقية لأحد الطلاب مدعومة ببيان موقع من جهة طبية معترف بها (طبيب أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس).
يجوز لهيئة الطعام المدرسي أن تقرر توفير بديل عن الحليب للطلاب الذين لديهم حاجة غذائية خاصة غير إعاقية، مثل الحساسية ضد الحليب أو بسبب معتقدات ثقافية أو دينية. إذا قامت هيئة الطعام المدرسي بتوفير هذه البدائل، فيجب أن يستوفي بديل الحليب بالمعايير القياسية الغذائية المحددة في اللوائح. إذا توفر هذا، سيتم الإشارة إليه في الجزء الثاني. يمكن للجهة الطبية المعترف بها (طبيب أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس) إكمال هذا القسم.

موافقة الطبيب وولي الأمر على التغذية الفموية و/أو التغذية عبر الأنابيب
العام الدراسي ___ 20 إلى ___ 20

اسم الطالب: _____ التاريخ: _____
تاريخ الميلاد: _____ المدرسة: _____
التشخيص: _____

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بحيث يمكن تقديم الخدمة للطلاب على نحو آمن وملائم.

1. النظام الغذائي الموصى به من قبل الطبيب:

سوائل: _____
عدم التغذية عن طريق الفم (NPO) _____
نظام غذائي من نوع التغذية عن طريق الفم (PO): _____
عادي _____
سميك _____

إذا كان سميكا، ما القوام المطلوب؟

مقطع _____
بيوريه-قم بالإشارة إلى القوام أدناه
حبوب أطفال _____
نكتار _____ عسل _____ بودينغ _____
طعام أطفال من المرحلة الأولى (لين) _____
طعام أطفال من المرحلة الثانية (قطع شبه كبيرة) _____
طعام أطفال من المرحلة الثالثة (قطع كبيرة) _____
طعام طاولة مهروس _____
طعام طاولة عادي _____

مكمل الوجبة المدرسية _____
أطعمة صلبة عن طريق الفم فقط _____
سوائل عن طريق أنبوب التغذية المعوية _____
التغذية عن طريق الأنبوبة _____
اسم التركيبة _____
هل يمكن استبدال تركيبة من قيمة غذائية مشابهة؟ نعم لا

مقدار كل مرة تغذية _____
أوقات التغذية _____
مقدار المياه _____
مقدار مياه التنظيف _____

II. نوع التغذية:

البلع الطبيء _____

التقطير _____

الضحخ إذا كان الضخ، بأي طريقة _____

III. هل تمت دراسة البلع؟ نعم لا (ضع دائرة على إحداهما) إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إرفاق الدراسة إذا كانت متاحة.

IV. طلب بديل حليب للاحتياجات الغذائية الخاصة غير الإعاقية فقط

☒ تقدم المدرسة/الدائرة التعليمية حليباً خال اللاكتوز كبديل حليب للطلاب ذوي الحاجات الغذائية غير الإعاقية أو الخاصة عند إكمال الفقرة الرابعة بواسطة جهة طبية وموافقة المدرسة/الدائرة التعليمية. الماء متوفر لجميع الطلاب.

هل توجد حاجة غذائية غير إعاقية طبية أو خاصة لدى الطفل تقيد من تناوله للحليب السائل؟
 نعم لا

اذكر الحاجة الغذائية الطبية أو الخاصة (مثل، الحساسية ضد اللاكتوز أو بسبب معتقدات ثقافية أو دينية):

توقيع الجهة الطبية أو ولي الأمر/الوصي: _____

التاريخ: _____

V. للإكمال بواسطة طبيب/جهة طبية

هل يعاني الطفل من إعاقة؟ نعم لا
 إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد الإعاقة وتوضيح الأنشطة الحياتية الرئيسية التي تتأثر بالإعاقة.

هل تؤثر إعاقة الطفل على احتياجات الغذاء أو التغذية؟ نعم لا

إذا لم يكن الطفل يعاني من إعاقة*، هل توجد احتياجات غذاء أو تغذية لدى الطفل؟ نعم لا
 (*هذه الترتيبات اختيارية للمدرسة)
 إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الحالة الغذائية الطبية أو الخاصة التي تقيد النظام الغذائي.

الاحتياجات الغذائية الإعاقية/الخاصة

VI. موانع الاستعمال/التدابير الوقائية و/أو أنواع الحساسية ضد الطعام، اذكر أي طعام غذائي محدد يجب استبعاده: (للإكمال بواسطة طبيب/جهة طبية)

اذكر أي طعام محدد يجب استبداله (لا يمكن تقديم أي بدائل إلا بعد ملء هذا القسم)

الاسم الواضح للطبيب/الجهة الطبية، العنوان، رقم هاتف المكتب

التاريخ

توقيع الطبيب/الجهة الطبية

التاريخ

توقيع ولي الأمر/الوصي

هذه المؤسسة تقدم الفرص وفقاً لمبدأ تكافؤ الفرص.