



District Scolaire du Comté de DeKalb
DEPARTEMENT DE L'EDUCATION D'EXCEPTIONAL ET SERVICES DE SUPPORT
5839 Memorial Drive
Stone Mountain, Georgia 30083
(678) 676-1800
Fax (678) 676-1888

L'enfant dénommé ci-après est un participant de l'un des programmes de nutrition scolaire du Département d'état américain de l'agriculture (USDA).

Le règlement 7CFR Partie 15B de l'USDA exige que toute substitution ou modification apportée aux repas du programme de nutrition scolaire d'un enfant dont le handicap restreint le régime doit être appuyé par une déclaration signée par un médecin. Les allergies alimentaires, qui peuvent avoir pour résultat une grave réaction susceptible de mettre en danger la vie de l'enfant (anaphylactique) correspondent à la définition de « handicap ».

L'autorité de nutrition scolaire peut choisir d'adapter le régime d'un élève qui a des besoins nutritionnels spéciaux non liés à un handicap s'il est documenté par une déclaration signée par une autorité médicale reconnue (médecin, assistant médecin ou infirmière diplômée).

L'autorité de nutrition de l'école peut choisir de fournir un substitut de produit laitier pour les élèves ayant des besoins nutritionnels spéciaux non liés à un handicap comme une intolérance au lait ou des croyances culturelles ou religieuses. Si l'autorité nutritionnelle de l'école autorise ces substituts, le substitut de lait devra répondre aux normes en matière de nutriments identifiées dans les réglementations. Si cette option est disponible, elle sera indiquée en Partie 2. Une autorité médicale reconnue (médecin, médecin assistant, ou infirmière diplômée) peut compléter cette section.

AUTORISATION DU MEDECIN ET DU PARENT POUR L'ALIMENTATION LIQUIDE OU PAR SONDE
Année scolaire 20__ à 20__

NOM DE L'ÉLÈVE : _____ DATE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ ÉCOLE : _____

DIAGNOSTIC : _____

Veuillez compléter les questions suivantes afin que nous puissions prendre soin de l'élève de façon appropriée et sécurisée.

I. Régime recommandé par le médecin :

_____ Rien par la bouche (NPO)
_____ Par la bouche (PO) type de régime :
_____ Normal
_____ Haché
_____ Purée - indiquer la texture ci-dessous
_____ Céréales infantiles
_____ Aliments en purée/compotes
_____ Aliments en purée/compotes
Liquides :
Normal _____
Épaissi _____
Si épaissi, quelle consistance ?
Nectar _____ Miel _____ Pudding _____
_____ Bébé premier âge (onctueux)
_____ Bébé second âge (petits morceaux)
_____ Bébé 3e âge (morceaux)

_____ Suppléments aux repas de l'école
_____ Solides uniquement par la bouche
_____ Liquides par sonde G
_____ Nourriture par sonde
_____ Nom de l'aliment _____
Peut-on y substituer un aliment de teneur en nutriment similaire ? Oui Non
Quantité à chaque repas _____
Nombre de repas _____
Quantité d'eau _____
quantité d'eau pour rinçage _____

II. Type d'alimentation : Intraveineuse lente Perfusion Par pompe si pompe, quel réglage _____

III. Étude concernant la capacité d'avalier faite ? Oui Non (entourer la réponse) Si oui, joindre l'étude si elle est disponible.

IV. Demande pour lait de substitution pour besoins nutritionnels spéciaux sans handicap

Les écoles ou le district scolaire fournissent un **Lait sans lactose** en tant que substitut de lait aux élèves ayant des besoins nutritionnels spéciaux mais ne souffrant pas de handicap lorsque la Section IV est complétée par une autorité médicale reconnue et agréée par le district. **De l'eau est disponible pour tous les élèves.**

L'enfant a-t-il des besoins nutritionnels spéciaux liés à une condition médicale non handicapante qui restreint l'absorption de lait liquide ?

Oui Non

Faire la liste des besoins nutritionnels spéciaux (p.ex. Intolérance au lactose ou culture ou croyance religieuse) :

Signature de l'autorité médicale ou du parent ou gardien : _____

Date : _____

V. À compléter par un médecin/une autorité médicale

L'enfant a-t-il un handicap ? Oui Non

Si oui, veuillez identifier le handicap et décrire les principales activités affectées par ce handicap.

 Le handicap de l'enfant affecte-t-il ses besoins nutritionnels ? Oui Non

Si l'enfant n'a pas de handicap*, l'enfant a-t-il des besoins nutritionnels spéciaux ?

Oui Non

(*L'école n'a pas d'obligation de proposer ces arrangements)

Si oui, veuillez identifier la condition médicale ou autre qui restreint son régime.

Handicap / Besoins nutritionnels spécifiques

VI. Contre-indications / Précautions et/ou allergies alimentaires, liste de toute nourriture spécifique à éviter : (À compléter par un médecin ou une autorité médicale)

Faites la liste de tous les ingrédients devant être évités et remplacés (la substitution ne pourra pas être faite si cette section n'est pas remplie)

 Nom en capitales du médecin / de l'autorité médicale, adresse, numéro de téléphone du cabinet

 Signature du médecin / de l'autorité médicale

 Date

 Signature du parent ou gardien

 Date