



DeKalb కౌంటీ స్కూల్ డిస్ట్రిక్ట్
అదనపు విద్య మరియు మద్దతు సేవల శాఖ
 5839 Memorial Drive
 Stone Mountain, Georgia 30083
 (678) 676-1800
 Fax (678) 676-1888

క్రింది పిల్లల United States Department of Agriculture (USDA) పాఠశాల పోషకాహార కార్యక్రమాలలో ఒకదానిలో భాగస్వామి. USDA రెగ్యులేషన్స్ 7CFR పార్ట్ 15B చైల్డ్ ఫోషక కార్యక్రమం ప్రోగ్రామ్లో ప్రత్యామ్నాయాలు లేదా మార్పులకు అవసరం వీరికి **వైకల్యం** వారి ఆహారాన్ని నియంత్రిస్తుంది మరియు లైసెన్స్ పొందిన వైద్యుడు సంతకం చేసిన ఒక **ప్రకటనచే మద్దతు ఇవ్వబడుతుంది**. తీవ్రమైన, ప్రాణాంతక (అనాఫిలాక్సిక్) ప్రతిచర్యకు కారణమయ్యే ఆహార అలెర్జీలు "వైకల్యం" యొక్క నిర్వచనాన్ని కలిగి ఉంటాయి. పాఠశాల ఆహార అధికారంగుర్తించదగిన **వైద్య అధికారం** (వైద్యుడు, వైద్యుడి అసిస్టెంట్ లేదా నర్స్ ప్రాక్టీషనర్) సంతకం చేసిన ఒక ప్రకటనచే మద్దతివ్వని ఒక డిసేబుల్ కాని ప్రత్యేకమైన ఆహార అవసరాన్ని కలిగి ఉన్న విద్యార్థిని కలిగి ఉండటానికి ఎంచుకుంటుంది. పాఠశాల ఆహార అధికారం ఒక పాలు ప్రత్యామ్నాయం లేకుండా పాలులేని లేదా సాంస్కృతిక లేదా మత విశ్వాసాల కోసం, విద్యార్థులకు అందుబాటులో ఉంటుంది. పాఠశాల ఆహార అధికారం ఈ ప్రత్యామ్నాయాలను అందుబాటులోకి తీసుకుంటే, పాల ప్రత్యామ్నాయం నిబంధనలలో గుర్తించిన పోషక ప్రమాణాలను తప్పక కలుసుకోవాలి. అందుబాటులో ఉంటే, ఇది పార్ట్ 2 లో సూచించబడుతుంది. **ఒక గుర్తించబడిన వైద్య అధికారం** (వైద్యుడు, వైద్యుడి అసిస్టెంట్ లేదా నర్స్ ప్రాక్టీషనర్) ఈ విభాగాన్ని పూర్తిచేయవచ్చు.

ఒరిజినల్ ఫీడింగ్స్ మరియు/లేదా ట్యూబ్ ఫీడింగ్స్ కోసం ఫిజిషియన్ మరియు పేరెంట్ ఆథరైజేషన్
స్కూల్ ఇయర్ 20__ నుండి 20__

విద్యార్థి పేరు: _____ తేదీ: _____
 పుట్టిన తేదీ: _____ స్కూల్: _____
 నిర్ధారణ: _____

దయచేసి క్రింది ప్రశ్నలను పూర్తి చేయండి, తద్వారా మేము సురక్షితంగా మరియు సముచితమైన విద్యార్థులకు సేవ చేయవచ్చు.

I. వైద్యుడు సిఫార్సు చేసిన ఆహారం:

_____ నోటి ద్వారా ఏదీ కాదు (NPO)	_____ ద్రవాలు:
_____ నోటి ద్వారా (PO) ఆహారం రకం:	_____ రెగ్యులర్ _____
_____ రెగ్యులర్	_____ చిక్కగా _____
_____ తరిగిన	_____ చిక్కగా ఉంటే, ఏ స్థిరత్వం?
_____ ప్యూరీ-సూచించే ఆకారం క్రింద	_____ నెక్టార్ _____ హనీ _____ పుడ్డింగ్ _____
_____ బేబీ సిరీల్	_____ దశ 1 బేబీ ఫుడ్స్ (మృదువైన)
_____ మెత్తగా చేసిన టేబుల్ ఫుడ్స్	_____ దశ 2 బేబీ ఫుడ్స్ (సెమ్-చంకి)
_____ రెగ్యులర్ టేబుల్ ఫుడ్స్	_____ దశ 3 బేబీ ఫుడ్స్ (చంకి)

_____ పాఠశాల భోజనానికి సఫ్టిమెంట్
 _____ నోటి ద్వారా మాత్రమే సాలిడ్స్
 _____ G- ట్యూబ్ ద్వారా ద్రవాలు
 _____ ట్యూబ్ ఫెడ్
 _____ ఫార్ములా పేరు _____
 సారూప్య పోషక విలువను ఒక ఫార్ములా ప్రత్యామ్నాయంగా మార్చగలదా? అవును కాదు
 ప్రతి దాణాలో మొత్తం _____
 తినిపించడానికి సమయాలు _____
 నీటి మొత్తం _____
 ఫ్లమ్ నీరు మొత్తం _____

II. ఫీడింగ్ రకం:

_____ బోలన్ స్టో

_____ డ్రిప్

_____ పంప్

పంప్ ఉంటే, ఏ సెట్టింగ్ _____

III. అధ్యయనం చేశావా? అవును కాదు (సర్కిల్ వన్) అవునైతే, దయచేసి అందుబాటులో ఉంటే అటాచ్ చేయండి.

IV. ప్రత్యేకమైన పథ్యసంబంధ అవసరాలకు మాత్రమే పాలు ప్రత్యామ్నాయం కోసం అభ్యర్థన

☒ పాఠశాల/పాఠశాల జిల్లా లాక్డౌన్ ఫ్రీ మిల్కు పాడి ప్రత్యామ్నాయంగా విద్యార్థులకు కాని డిసేబుల్ లేదా ఇతర ప్రత్యేకమైన ఆహార అవసరాలతో సెక్షన్ IV మెడికల్ అథారిటీ పూర్తయింది మరియు పాఠశాల/పాఠశాల జిల్లా ఆమోదించినప్పుడు అందిస్తుంది. **నీరు విద్యార్థులందరికీ అందుబాటులో ఉంది.**

బిడ్డకు ద్రవం పాలు తీసుకోవడాన్ని నియంత్రించలేని ఒక వైద్యపరమైన లేదా ప్రత్యేకమైన ఆహార అవసరం ఉందా?

అవును కాదు

జాబితా వైద్య లేదా ప్రత్యేక ఆహార అవసరాన్ని (ఉదా., లాక్టోస్ ఇన్టాలరెన్స్ లేదా సాంస్కృతిక లేదా మత విశ్వాసాల కోసం): _____

మెడికల్ అథారిటీ లేదా పేరెంట్/గార్డియన్ సంతకం: _____

తేదీ: _____

V. వైద్యుడు/మెడికల్ అథారిటీ చేత పూర్తి చేయబడింది

పిల్లలకు వైకల్యం ఉందా? అవును కాదు

అవునైతే, దయచేసి వైకల్యం గుర్తించి, వైకల్యం వల్ల ప్రభావితమైన ప్రధాన జీవిత కార్యకలాపాలను వివరించండి.

పిల్లల వైకల్యం వారి పోషక లేదా దాణా అవసరాలను ప్రభావితం చేస్తుందా? అవును కాదు

పిల్లలకి వైకల్యం* లేనట్లయితే, పిల్లవాడు ప్రత్యేక పోషక లేదా దాణా అవసరాలను కలిగి ఉన్నారా? అవును కాదు

(*పాఠశాలలు చేయడానికి ఈ వసతి ఐచ్ఛికం)

అవును, దయచేసి ఆహారాన్ని నియంత్రించే వైద్య లేదా ఇతర ప్రత్యేక ఆహార పరిస్థితిని గుర్తించండి.

వైకల్యం/ప్రత్యేక ఆహార అవసరాలు

VI. ప్రతికూలతలు/జాగ్రత్తలు మరియు/లేదా ఆహార అలెర్జీలు, ఏ ఆహార నిర్దిష్ట ఆహార పదార్థాలను విస్మరించాలి: (వైద్యుడు లేదా మెడికల్ అథారిటీ ద్వారా పూర్తి చేయబడింది)

ప్రత్యామ్నాయ ఆహార పదార్థాలు ప్రత్యామ్నాయంగా ఉంచబడతాయి (ఈ విభాగం పూరించబడకపోతే ప్రత్యామ్నాయాలు చేయలేవు)

వైద్యుడు/మెడికల్ అథారిటీ ముద్రిత పేరు, చిరునామా, ఆఫీస్ ఫోన్ నంబర్

_____ వైద్యుడు/మెడికల్ అథారిటీ సంతకం

_____ తేదీ

_____ పేరెంట్/గార్డియన్ సంతకం

_____ తేదీ

ఈ సంస్థ సమాన అవకాశ ప్రదాత.