

II. Hình Thức Cho Ăn:

Truyền Liều Nhỏ Chậm

Nhỏ giọt

Bơm

Nếu bơm, trong hoàn cảnh nào _____

III. Có thực hiện nghiên cứu nuốt không? Có Không (Khoanh Tròn Một Lựa Chọn)

Nếu có, vui lòng đính kèm nếu có.

IV. Yêu cầu sản phẩm thay thế sữa chỉ cho nhu cầu dinh dưỡng đặc biệt không bị khuyết tật Trường học/học khu cung cấp **Sữa Không Đường** làm sản phẩm thay thế sữa cho học sinh có nhu cầu chế độ ăn không bị khuyết tật hoặc các nhu cầu chế độ ăn đặc biệt khác khi Mục IV được Cơ Quan Y Tế hoàn tất và được trường học/học khu chấp thuận. **Nước có sẵn cho tất cả học sinh.**

Trẻ có nhu cầu chế độ ăn y tế hoặc dinh dưỡng đặc biệt không bị khuyết tật nào mà hạn chế uống sữa lỏng không?

Có Không Liệt kê nhu cầu y tế hoặc dinh dưỡng đặc biệt (ví dụ: không dung nạp đường hoặc vi tín ngưỡng văn hóa hoặc tôn giáo):
_____**Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ hoặc Cơ Quan Y Tế:** _____

Ngày: _____

V. Được hoàn thành bởi Bác Sĩ/Cơ Quan Y TếTrẻ có bị khuyết tật không? Có Không Nếu Có, vui lòng xác định tình trạng khuyết tật và mô tả các hoạt động chính trong cuộc sống bị ảnh hưởng do khuyết tật.
_____Tình trạng khuyết tật của trẻ có ảnh hưởng đến nhu cầu dinh dưỡng hoặc cho ăn của trẻ không? Có Không

Nếu trẻ không bị khuyết tật *, trẻ có nhu cầu dinh dưỡng hoặc cho ăn đặc biệt không?

Có Không

(* Những đáp ứng này là tùy chọn để trường học thực hiện)

Nếu Có, vui lòng xác định tình trạng nhu cầu y tế hoặc dinh dưỡng đặc biệt khác hạn chế chế độ ăn uống.
_____**Khuyết Tật/Nhu Cầu Dinh Dưỡng Đặc Biệt****VI. Chống Chỉ Định/Thận Trọng và/hoặc Dị Ứng Thực Phẩm, liệt kê bất kỳ loại thực phẩm cụ thể nào cần phải bỏ qua: (được hoàn thành bởi Bác Sĩ hoặc Cơ Quan Y Tế)**
_____Liệt kê bất kỳ loại thực phẩm cụ thể nào được thay thế (việc thay thế không thể được thực hiện trừ khi điền vào mục này)
_____Tên Viết In, Địa Chỉ, Số Điện Thoại Văn Phòng của Bác Sĩ/Cơ Quan Y Tế

Chữ Ký của Bác Sĩ/Cơ Quan Y Tế

Ngày

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ

Ngày

Trường này là tổ chức cung cấp cơ hội bình đẳng.