



**Formulario de Solicitud para Substitución de Leche
Para Estudiantes con Alergias
Año escolar 2018-2019
Departamento de Servicio de Comida de
Winton Woods City Schools**



Por favor, llene este formulario a continuación—elijá el lado izquierdo y/o el derecho ~ Por favor regrese a la enfermera de la escuela de su niño(a). ~

**LLENE ESTA SECCIÓN PARA
ALERGIA A LA LECHE QUE NO AMENAZA
CONTRA LA VIDA**

Nombre del estudiante _____
Grado _____ Aula _____
Edificio Escolar _____

Winton Woods City Schools ofrecerá los siguientes sustitutos de la leche para los estudiantes que no tienen alergia potencialmente mortal a la leche. Por favor, marque el que le gustaría a usted que nosotros le sirviéramos a su niño en lugar de leche regular con la comida.

Leche sin Lactosa DAIRY STAR _____
Nombre del padre o tutor (escriba) _____
Firma del padre o tutor _____
Fecha de la firma _____
Tel. Padre _____
Fecha inicio sustitución _____
Fecha discontinuación sustitución _____

El Departamento de Nutrición Infantil de Winton Woods City Schools solo puede proporcionar el producto "sin lactosa" de Dairy Star.

En el caso de que a su estudiante no le guste la opción Dairy Star, todavía habrá agua y jugos disponibles para comprar.

**LLENE ESTA SECCIÓN PARA
ALERGIA A LA LECHE QUE AMENAZA
CONTRA LA VIDA**

Nombre del estudiante _____
Grado _____ Aula _____
Edificio Escolar _____

Por favor pídale al médico del niño que llene esta sección:

Este estudiante tiene una alergia potencialmente mortal a _____
y no puede consumir leche regular con la comida.

Por favor, provea lo siguiente como reemplazo para la leche: _____

Nombre del médico (escriba) _____
Firma del médico _____
Número Tel. del médico _____
Fecha inicio sustitución _____
Fecha discontinuación sustitución _____
Firma del padre o tutor _____
Fecha de la firma _____
Tel. Padre _____