



**Formulario de Solicitud para Substitución de Leche
Para Estudiantes con Alergias
Departamento de Servicio de Comida de
Winton Woods City Schools**



Por favor, llene este formulario a continuación—elija 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 el siguiente sustituto de 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 _____