

خطة الصحة المدرسية
الاحتياجات الغذائية الخاصة
يرجى الكتابة بشكل واضح

الجزء "أ" الوالد/الوصي: أكمل البنود من 1 إلى 15

رقم تعريف الطالب: (1)		الاسم الأخير للطالب (2)		الاسم الأول للطالب (3)		تاريخ الولادة (4)	
المدرسة (5)		الصف (6)		الوجبات التي يتم تناولها في المدرسة (7)			
				الإفطار <input type="checkbox"/>		وجبة خفيفة <input type="checkbox"/>	
				الغداء <input type="checkbox"/>		لا يوجد <input type="checkbox"/>	
اسم الوالد/الوصي ومعلومات الاتصال الخاصة به		رقم الهاتف (9)		عنوان المراسلة البريدية، المدينة، الولاية، الرمز البريدي (10)			
الاسم (8)							
عنوان البريد الإلكتروني (ستستخدمه لإرسال إقرار وتفصيل عن خطة قائمة وجبات طفلك. اكتبه بشكل واضح) (11)							
طلبت الآباء التي لا علاقة لها بإعاقه طبية. يرجى ملاحظة أن: قسم خدمات التغذية قد يحاول تلبية التفضيلات الثقافية/الشخصية ولكنه غير ملزم بذلك بموجب القانون. وتعتمد هذه التلبية على توفر المنتجات في خط الخدمة اليومي. <input type="checkbox"/> نظام نباتي متشدد <input type="checkbox"/> نظام نباتي غير متشدد <input type="checkbox"/> بدون لحم خنزير <input type="checkbox"/> بدون لحم بقر <input type="checkbox"/> غير ذلك							
هل الطالب لديه إعاقه محددة (برنامج تعليم فردي أو خطة 504)؟ (13)							
برنامج تعليم فردي <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>							
أوافق على تبادل المعلومات بين مقدم الرعاية الصحية وموظفي المنطقة التعليمية/المدرسة، حسب الحاجة. توقيع الوالد/الوصي (مطلوب للمعالجة) (14)							
التاريخ X							
الوالد/الوصي: يجب إعادة هذا النموذج المكتمل إلى قسم خدمات التغذية بمنطقة JCPS التعليمية. ويجب إجراء جميع التغييرات الإضافية على النظام الغذائي للطفل من قبل أخصائي رعاية صحية مرخص من الولاية في نموذج جديد باستثناء التفضيلات الثقافية/الشخصية. يجب على الآباء ملاحظة أنه: يجب حفظ نموذج التفويض بوصفه طبية في ملف في المدرسة ليمت إعطاء الأدوية في المدرسة. تتوفر معلومات حول مسببات الحساسية الرئيسية والتغذية/الكربوهيدرات للمرجعة على http://jcps.nutrislice.com							
الجزء "ب" يُستكمل هذا القسم بواسطة مقدم الرعاية الصحية فقط (طبيب، ممرضة ممارسة متقدمة مرخصة، مساعد طبي، دكتور تقويم عظام): أكمل البنود من 16 إلى 21							
هل الطالب يعاني من إعاقه أو حالة مرضية أو حساسية شديدة من الطعام تستدعي اتباع نظام غذائي خاص؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>							
إذا كانت الإجابة "نعم"، فحدد الإعاقه أذناه، وإذا كانت الإجابة "لا"، فلا يوجد ما يبرر اتباع نظام غذائي خاص. وتُعرّف الإعاقه بأنها ضعف جسدي أو عقلي يحد بشكل كبير من نشاط أو أكثر من الأنشطة الحياتية الرئيسية. الإعاقه (يرجى التحديد) <input type="checkbox"/> صف الأنشطة الحياتية الرئيسية المتأثرة <input type="checkbox"/> الأكل <input type="checkbox"/> التعليم <input type="checkbox"/> الهضم <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى التحديد)							
تشخيص الطالب أو حالته: ضع علامة إذا كان الطالب يمكنه تناول: <input type="checkbox"/> الجبن <input type="checkbox"/> الزبادي <input type="checkbox"/> عدم تحمل اللاكتوز: الخيارات البديلة المتاحة هي: <input type="checkbox"/> الحليب الخالي من اللاكتوز <input type="checkbox"/> حليب الصويا <input type="checkbox"/> فيما يخص التشخيص التالي، يجب إكمال القسم 17 أذناه لتحديد الأطعمة التي يجب حذفها بسبب الحالة المحددة: <input type="checkbox"/> عدم تحمل الطعام <input type="checkbox"/> حساسية الطعام <input type="checkbox"/> حساسية الطعام المههدة للحياة							
يرجى التحقق من جميع الأطعمة التي تريد حذفها من وجبات الطفل أثناء تواجده في المدرسة بسبب الإعاقه المذكورة أعلاه: (17)							
الألبان حساسية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> جميع المأكولات والمشروبات التي تحتوي على الحليب كمكون أساسي، بما في ذلك المخبوزات <input type="checkbox"/> الجبن والوصفات التي تحتوي على الجبن كمكون أساسي <input type="checkbox"/> الزبادي <input type="checkbox"/> الحليب السائل. يمكن استبداله بـ <input type="checkbox"/> حليب خالي من اللاكتوز <input type="checkbox"/> حليب الصويا <input type="checkbox"/> ماء البيض حساسية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> البيض الكامل مثل البيض المخفوق أو البيض المسلوq جيدًا <input type="checkbox"/> جميع المواد الغذائية التي تحتوي على البيض كمكون أساسي، بما في ذلك المخبوزات <input type="checkbox"/> القمح/الجلوتين حساسية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> الوصفات التي تحتوي على القمح كمكون أساسي <input type="checkbox"/> الوصفات التي تحتوي على الجلوتين (القمح، الشعير، الجاودار، الشيقم) كمكون أساسي							
هل يمكن للطالب حمل جهاز EpiPen/Auvi-Q الخاص به واستخدامه بمفرده؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>							
تعديلات قوام الطعام: (19)							
هل يجوز للطالب تناول أي طعام/شراب عن طريق الفم؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>							
تعديلات قوام الطعام المطلوبة بسبب الإعاقه المذكورة في القسم رقم 16: <input type="checkbox"/> مهروس <input type="checkbox"/> مطحون ميكانيكيًا بشكل ناعم <input type="checkbox"/> مقطّع إلى قطع صغيرة السوائل السميكة: <input type="checkbox"/> لا يوجد <input type="checkbox"/> عسل نحل <input type="checkbox"/> نكتار							
مطلبات التغذية الأخرى بسبب الإعاقه المذكورة في القسم رقم 16: يرجى التحديد: (20)							
معلومات مقدم الرعاية الصحية سيتم إرجاع النموذج إلى الوالد/الوصي، ولن يتم تقديم أي تسهيلات إذا لم يتم ملء هذا القسم بالكامل. توقيع مقدم الرعاية الصحية التاريخ <input type="checkbox"/> ختم المكتب الطبي (مطلوب للمعالجة) <input type="checkbox"/>							
اسم مقدم الرعاية الصحية مطبوعًا <input type="checkbox"/>							