



Renvoyez le formulaire rempli à:  
Centre de services de nutrition  
360 Farmington Avenue Louisville, KY 40209  
nutritionspecialdiets@jefferson.kyschools.us  
Fax : 502.485.6494

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
PLAN DE SANTÉ SCOLAIRE  
BESOINS ALIMENTAIRES PARTICULIERS

Année  
scolaire :

NE PAS ÉCRIRE DANS CETTE ZONE

5500483184

\*\*\*Veuillez écrire lisiblement\*\*\*

**PARTIE A Parent /Tuteur : Éléments complets 1 à 15**

1) Carte d'étudiant n°  2) Nom de famille de l'élève  3) Prénom de l'élève  4) Date de naissance

5) Etablissement scolaire  6) Classe  7) Repas pris à l'école  
 Petit-déjeuner  
 Déjeuner  Sandwich  Rien

Nom et Coordonnées de contact du Parent / Tuteur

8) Nom  9) Numéro de téléphone  10) Adresse postale, Ville, Etat, Code postal

11) Adresse e-mail (nous l'utiliserons pour envoyer un accusé de réception et les détails du plan de menu de votre enfant. ECRIRE LISIBLEMENT)

12) Concernant les demandes des parents qui ne sont pas inhérentes à un handicap médical. Veuillez noter : Les services de nutrition peuvent tenter de s'adapter aux préférences culturelles / personnelles, mais ne sont pas tenus par la loi de le faire. Ces accommodements dépendent de la disponibilité des produits sur la ligne de desserte quotidienne.  
 Végétalien  Végétarien  Pas de porc  Pas de boeuf  Autre

13) L'élève a-t-il un handicap identifié (IEP ou plan 504) ?  IEP  504  Non

14) Je consens à l'échange d'informations entre le prescripteur de soins de santé et le personnel du district / de l'école, si nécessaire.  
 Signature du parent / tuteur (obligatoire pour le traitement du dossier)   Date

15) **Parent / tuteur :** Il est OBLIGATOIRE que ce formulaire rempli soit retourné aux services de nutrition JCPS. Toutes les modifications ultérieures du régime alimentaire de l'enfant doivent être effectuées par un professionnel de santé agréé par l'État sous une nouvelle forme, à l'exception des préférences culturelles / personnelles.  
 Note aux parents : Un formulaire d'autorisation de prescription doit être dans le dossier à l'école pour que les médicaments puissent être administrés à l'école.  
 Les informations concernant les principaux allergènes et les informations sur les nutriments / glucides sont disponibles pour examen sur <http://jcps.nutrislice.com>

**PARTIE B REMPLI UNIQUEMENT PAR UN PRESCRIPTEUR DE SOINS DE SANTÉ (MD, APRN, PA, OD) : Éléments complets 16 à 21**

16) L'élève souffre-t-il d'un handicap, d'un problème de santé ou d'une allergie alimentaire grave justifiant un régime alimentaire particulier ?  Oui  Non  
 Si «OUI», précisez le handicap ci-dessous. Dans « le cas contraire », un régime spécial n'est pas justifié. Une incapacité est définie comme une déficience physique ou mentale qui limite considérablement une ou plusieurs activités majeures de la vie.  
 Handicap (précisez) \_\_\_\_\_  
 Décrivez les principales activités de la vie qui sont affectées  En mangeant  Durant l'apprentissage  Durant la digestion  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_  
 Diagnostic ou état de l'élève : \_\_\_\_\_  
 Indiquez si l'élève peut manger :  Du Fromage  Du yaourt  
 Intolérance au lactose : Les options de remplacement disponibles sont :  Lait sans lactose  Lait de Soja  
 Pour le diagnostic suivant, le paragraphe 17 ci-dessous doit être remplie afin d'identifier les aliments à omettre en raison de la condition identifiée :  
 Intolérance alimentaire  Allergie alimentaire  Allergie alimentaire mettant la vie en danger

17) Veuillez cocher tous les aliments à omettre des repas de l'enfant à l'école en raison du handicap mentionné ci-dessus :

<b>LAITIER</b> Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tous les aliments / boissons contenant du lait comme ingrédient, y compris les produits de boulangerie <input type="checkbox"/> Fromage et recettes avec du fromage répertorié comme ingrédient <input type="checkbox"/> Du yaourt <input type="checkbox"/> Lait liquide. A remplacer par <input type="checkbox"/> Lait sans lactose <input type="checkbox"/> Lait de Soja <input type="checkbox"/> l'eau <b>OEUF</b> Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Œufs entiers comme les œufs brouillés ou les œufs cuits durs <input type="checkbox"/> Tous les produits alimentaires dont l'œuf est répertorié comme ingrédient, y compris les produits de boulangerie <b>BLÉ / GLUTEN</b> Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Recettes avec du blé répertorié comme ingrédient <input type="checkbox"/> Recettes avec du gluten (blé, orge, seigle, triticale) répertorié comme ingrédient	<b>ARACHIDES OU FRUITS À COQUE</b> Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cacahuètes <input type="checkbox"/> Noix <b>MAÏS</b> Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Maïs entier tel que grains de maïs, chips tortilla, muffin de maïs <input type="checkbox"/> Recettes avec du maïs répertorié comme ingrédient (sirop de maïs, amidon de maïs, etc.) <b>SOJA</b> Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Recettes avec n'importe quel soja répertorié comme ingrédient <b>POISSON OU COQUILLAGE</b> Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Poisson <input type="checkbox"/> Fruits de mer <b>AUTRE</b> Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre, précisez s'il s'agit d'un ingrédient cuit ou lorsqu'il est consommé frais
--	---

18) L'élève est-il en mesure de porter son propre appareil EpiPen / Auvi-Q et l'utiliser seul ?  
 Oui  Non

19) Modifications de la texture des aliments :  
 L'élève est-il autorisé à prendre de la nourriture / des boissons par voie orale ?  Oui  Non  
 Modifications de la texture des aliments requises en raison de l'incapacité mentionnée au paragraphe 16 :  Purée  Meulé mécaniquement / finement  
 Coupé / haché en morceaux de la taille d'une bouchée  
 Liquides épaissis :  None  Miel  Nectar

20) Autres exigences nutritionnelles en raison d'un handicap documenté au paragraphe 16 : Veuillez préciser :

21) **Informations concernant le prescripteur de soins de santé** *Le formulaire sera retourné au parent / tuteur et AUCUN accommodement ne sera fait si ce paragraphe n'est pas rempli dans son intégralité.*

Signature du prescripteur de soins de santé   Date  Cachet du bureau médical (obligatoire pour le traitement)  
 Nom en lettres moulées du prescripteur de soins de santé