



Doldurulmuş formu şu adrese iade edin:
Beslenme Hizmetleri Merkezi
360 Farmington Avenue Louisville, KY 40209
nutritionspecialdiets@jefferson.kyschools.us
Fax: 502.485.6494

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOLS
OKUL SAĞLIK PLANI
ÖZEL DİYET İHTİYAÇLARI

Akademik
Okul Yılı:

BU ALANI BOŞ BIRAKIN
5500483184

Lütfen düzgün bastırın

BÖLÜM A Ebeveyn/Veli: 1 - 15 Öğelerini Tamamlayın

1) Öğrenci Numarası	2) Öğrencinin Soyadı	3) Öğrencinin Adı	4) Doğum tarihi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5) Okul	6) Derece	7) Okulda Yenilen Yemekler
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kahvaltı <input type="checkbox"/> Öğle yemeği <input type="checkbox"/> Atıştırmalık <input type="checkbox"/> Yok

Ebeveyn/Veli Adı ve İletişim Bilgileri

8) Adı	9) Telefon Numarası	10) Posta Adresi, Şehir, Eyalet, Posta Kodu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11) E-posta Adresi (Bunu, çocuğunuzun menü planının onayını ve ayrıntılarını göndermek için kullanacağız. DÜZGÜN YAZDIRIN)

<input type="text"/>

12) Tıbbi bir engelden kaynaklanmayan Ebeveyn Talepleri. Lütfen Unutmayın: Beslenme Hizmetleri kültürel/kişisel tercihleri karşılamaya çalışabilir, ancak yasalar bunu yapmak zorunda değildir. Bu düzenlemeler, günlük servis hatındaki ürün mevcudiyetine bağlıdır. Vegan Vejetaryen Domuz eti yok Sığır eti yok Diğer

13) Öğrencinin tanımlanmış bir engeli var mı (IEP veya 504 Planı)? IEP 504 Hayır

14) Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı ile bölge/okul personeli arasında gerektiğinde bilgi alışverişine izin veriyorum.

Ebeveyn/Veli İmzası (işlenmesi için gereklidir) Tarih

15) **Ebeveyn/Veli:** Doldurulan bu formun JCPS Beslenme Servislerine iade edilmesi ZORUNLUDUR. Çocuğun beslenmesinde yapılacak diğer tüm değişiklikler, kültürel/kişisel tercihler haricinde yeni bir formda Eyalet lisanslı sağlık hizmetleri uzmanı tarafından yapılmalıdır. Ebeveynler lütfen unutmayın: Okulda ilaçların verilebilmesi için okulda bir reçete yetki formu dosyalanmalıdır.

Başlıca alerjenler ve besin/karbonhidrat bilgileriyle ilgili bilgiler, <http://jcps.nutrislice.com> adresinde incelenmek üzere mevcuttur.

BÖLÜM B YALNIZCA SAĞLIK HİZMETLERİ SAĞLAYICISI (MD, APRN, PA, OD) TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR: 16 – 21 Öğelerini Tamamlayın

16) Öğrencinin özel bir diyet gerektiren bir engeli, tıbbi durumu veya şiddetli gıda alerjisi var mı? Evet Hayır
"EVET" ise, aşağıda engelliği belirtin. "Hayır" ise, özel bir diyet garantisi edilmez. Bir engellilik, bir veya daha fazla büyük yaşam aktivitesini büyük ölçüde sınırlayan fiziksel veya zihinsel bir bozukluk olarak tanımlanır.

Engellilik (belirtin) _____

Etkilenen önemli yaşam aktivitelerini tanımlayın Yemek yeme Öğrenme Sindirim Diğer (belirtiniz) _____

Öğrenci Teşhisi veya Durumu:

Laktöz İntoleransı: Değiştirilebilecek mevcut seçenekler şunlardır: Laktosuz Süt Soya sütü Öğrencinin yemek yiyip yiyemediğini işaretleyin: Peynir Yoğurt

Aşağıdaki teşhis için, tanımlanan durum nedeniyle hangi gıdaların atılması gerektiğini belirlemek için aşağıdaki bölüm 17 tamamlanmalıdır:

Gıda İntoleransı Gıda Alerjisi Hayati Tehdit Eden Gıda Alerjisi

17) Lütfen yukarıda belirtilen engellilik nedeniyle okuldayken çocuğun yemeklerinden çıkarılacak tüm yiyecekleri kontrol edin:

MANDIRA Anafilaktik <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Unlu mamuller dahil içerik olarak listelenen tüm yiyecekler/içecekler <input type="checkbox"/> İçindekiler olarak peynir ve peynirli tarifler <input type="checkbox"/> Yoğurt <input type="checkbox"/> Sıvı Süt. Şunun yerindedir <input type="checkbox"/> Laktosuz süt <input type="checkbox"/> soya sütü <input type="checkbox"/> su	FISTIK VEYA AĞAÇTA YETİŞEN YEMİŞLER Anafilaktik <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Yer fıstığı <input type="checkbox"/> Ağaçta yetişen yemişler
YUMURTA Anafilaktik <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Çırpılmış yumurta veya sert pişmiş yumurta gibi bütün yumurtalar <input type="checkbox"/> Unlu mamuller de dahil olmak üzere içerik olarak yumurta içeren tüm gıda maddeleri	MISIR Anafilaktik <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Mısır taneleri, tortilla çipsleri, mısır çöreği gibi bütün mısır <input type="checkbox"/> İçerisinde mısır bulunan tarifler (mısır şurubu, mısır nişastası vb.)
BUĞDAY GLUTENİ Anafilaktik <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bileşen olarak buğday listelenmiş tarifler <input type="checkbox"/> İçerik olarak listelenen Glutenli tarifler (buğday, arpa, çavdar, tritikale)	SOYA Anafilaktik <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> İçerik olarak listelenen herhangi bir soya içeren tarifler
	BALIK VEYA MIDYE Anafilaktik <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Balık <input type="checkbox"/> Midye
	DiĞER Anafilaktik <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Diğer, pişmiş bir malzeme mi yoksa taze olarak mı tüketildiğini belirtin

18) Öğrenci kendi EpiPen/Auvi-Q cihazını taşıyabilir ve kendi başına kullanabilir mi? Evet Hayır

19) Gıda Dokusu Değişiklikleri:

Öğrencinin ağızdan yiyecek/içecek almasına izin veriliyor mu? Evet Hayır

Bölüm No 16'da belirtilen engellilik nedeniyle gerekli olan Gıda Yapısı Değişiklikleri: Saflaştırılmış Mekanik/İnce Öğütülmüş Kesilmiş/Isırlık büyüklüğünde parçalar halinde doğranmış

Kalınlaşmış sıvılar: Yok Bal Nektar

20) Bölüm No 16'da belirlenmiş engellilik nedeniyle diğer Beslenme Gereksinimleri: Lütfen belirtin:

21) **Sağlık Hizmeti Sağlayıcı Bilgileri** Form ebeveyn/veliye iade edilecek ve bu bölümün tamamı doldurulmamışsa HİÇBİR konaklama yapılmayacaktır.

Sağlık Sağlayıcı İmzası	Tarih	Sağlık Kurumu Mührü (işlenmesi için gereklidir)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Basılı Adı		
<input type="text"/>		