



Renvoyez le formulaire rempli à:
Centre de services de nutrition
360 Farmington Avenue Louisville, KY 40209
nutritionspecialdiets@jefferson.kyschools.us
s Fax : 502.485.3387

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 / personnes, 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 nutriment / 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 :

<p>LAITIER 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</p> <p>OEUF 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</p> <p>BLÉ / GLUTEN 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</p>	<p>ARACHIDES OU FRUITS À COQUE Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cacahuètes <input type="checkbox"/> Noix</p> <p>MAÏS 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.)</p> <p>SOJA Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Recettes avec n'importe quel soja répertorié comme ingrédient</p> <p>POISSON OU COQUILLAGE Anaphylactique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Poisson <input type="checkbox"/> Fruits de mer</p> <p>AUTRE 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</p>
---	--

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