



बाट यसमा पूरा गरेको फारम फिर्ता गर्नुहोस :  
पोषण सेवा केन्द्र  
360 Farmington Avenue Louisville, KY 40209  
nutritionalspecialdiets@jefferson.kyschools.u  
s Fax: 502.485.3387

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOLS

स्कूल स्वास्थ्य योजना  
विशेष आहार आवश्यकताहरू  
\*\*\*कृपया सफासंग प्रिन्ट गर्नुहोस्\*\*\*

स्कूल बर्ष:

यो स्थानमा नालेखनुहोस

5500483184

**भाग A अभिभावक / संरक्षक: पुरा गरेको बस्तुहरू 1 - 15**

1) विद्यार्थी आईडी #	2) विद्यार्थीको अन्तिम नाम	3) विद्यार्थीको पहिलो नाम	4) जन्म मिति
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) स्कूल	6) ग्रेड	7) स्कूलमा खाना खाइन्छ <input type="checkbox"/> बिहानको खाना <input type="checkbox"/> भोजन <input type="checkbox"/> खाजा <input type="checkbox"/> कुनै पनि होईन	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

**अभिभावक / संरक्षकको नाम र सम्पर्क जानकारी**

8) नाम	9) फोन नम्बर	10) पत्राचार ठेगाना, शहर, राज्य, ज़िप
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

11) ई-मेल ठेगाना (हामी यसलाई तपाईंको बच्चाको मेनु योजनाको जानकारी र विवरण पठाउन प्रयोग गर्नेछौं। सफासंग प्रिन्ट गर्नुहोस्)

12) अभिभावकहरूले यो अनुरोधहरू गर्नुभयो कि, जुन एक चिकित्सा अशक्तताको कारणले गरिएको छैन। कृपया नोट गर्नुहोस्: पोषण सेवाहरूले सांस्कृतिक / व्यक्तिगत प्राथमिकताहरू समायोजन गर्न कोसिस गर्न सक्दछन् तर कानूनद्वारा त्यसो गर्न आवश्यक छैन। यी आवासहरू दैनिक सेवा लाइनमा उत्पादन उपलब्धतामा निर्भर छन्।  वेगन  शाकाहारी  सुगुर होईन  
 गाईको मासु होईन  अन्य

13) के विद्यार्थीसँग एक पहिचान असक्षमता छ (IEP वा 504 योजना)?  IEP  504  होईन

14) म स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र जिल्ला / स्कूल कर्मचारीहरू बीच जानकारी को आदानप्रदान गर्न सहमत छु, आवश्यकता अनुसार।  
अभिभावक / संरक्षकको हस्ताक्षर (प्रक्रियाको लागि आवश्यक)   मिति

15) **अभिभावक / संरक्षक:** यो पुरा गरेको फारम JCPS पोषण सेवामा फिर्ता गर्न आवश्यक छ। बच्चाको आहारमा सबै परिवर्तनहरू राज्य लाइसेंस प्राप्त स्वास्थ्यसेवा प्रदायकले नयाँ फाराममा सांस्कृतिक / व्यक्तिगत प्राथमिकताहरूको अपवाद सहित बनाउनुपर्दछ।  
अभिभावक कृपया ध्यान दिनुहोस्: स्कूलमा औषधी दिनको लागि प्रिस्क्रिप्शन आधिकारिक फारम स्कूलको फाईलमा हुनुपर्दछ।  
प्रमुख एलर्जी र पोषक / कार्बोहाइड्रेट सम्बन्धी जानकारी <http://jcps.nutrislice.com> मा समीक्षाको लागि उपलब्ध छन्।

**भाग B स्वास्थ्य सेवा प्रदायकद्वारा मात्र पुरा गरिएको (MD, APRN, PA, OD): पुरा गरेको बस्तुहरू 16 - 21**

16) के विद्यार्थीलाई विशेष आहार चाहिने अशक्तता, चिकित्सा अवस्था, वा खानाको एलर्जी छ?  हो  होईन  
यदि "छ", भने तल अक्षमता भएको निर्दिष्ट गर्नुहोस्। यदि "छैन", भने विशेष खाना चाहिएको छैन। एक अशक्तता एक शारीरिक वा मानसिक कमजोरीको रूपमा परिभाषित छ, जो एक वा धेरै प्रमुख जीवन गतिविधिहरू लाई सीमित गर्दछ।  
अशक्तता (निर्दिष्ट) \_\_\_\_\_  
प्रमुख जीवन गतिविधिहरूको प्रभाव वर्णन गर्नुहोस्  खाने  सिक्दै  पाचन  अन्य (निश्चित गर्नु) \_\_\_\_\_  
विद्यार्थी निदान वा अवस्था: \_\_\_\_\_  
विद्यार्थीले खान सक्छ भने मार्क गर्नुहोस्:  चीज  दही  
 ल्याक्टोज सहन नसक्ने: विकल्पको लागि उपलब्धताहरू:  ल्याक्टोज निःशुल्क दूध  सोया दुध  
निम्नलिखित निदानको लागि, तलको भाग 17 को यो पहिचान गर्नको लागि पुरा गर्नु पर्नेछ कि, पहिचान गरिएको अवस्थाका कारण कुन खाद्य पदार्थलाई छोडिनु पर्छ:  
 खाद्य सहन नसक्ने  खाना एलर्जी  जीवनकै लागि खतरा खाना एलर्जी

17) कृपया माथि उल्लिखित अशक्तताको कारण स्कूलमा बच्चाको खानाबाट हटाउन सबै खाद्य पदार्थ(हरू) लाई जाँच गर्नुहोस्:

डेरि (दूधका पदार्थहरू) एनाफिलाक्टिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> दूध सहितको सबै खाद्य / पेय पदार्थ बेक्ड सामग्री सहित एक मिश्रणको रूपमा सूचीबद्ध <input type="checkbox"/> चीज र यसबाट बनेका व्यंजनको रूपमा सूचीबद्ध छन् <input type="checkbox"/> दही <input type="checkbox"/> तरल दुध। संग प्रतिस्थापन <input type="checkbox"/> ल्याक्टोज फ्री दुध <input type="checkbox"/> सोया दुध <input type="checkbox"/> पानी	बदाम वा ट्रीनट्स एनाफिलाक्टिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> बदाम <input type="checkbox"/> ट्रीनट्स
अण्डा एनाफिलाक्टिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> पुरा अण्डा जस्तै तारेको अण्डा वा कडा पकाएको अण्डा <input type="checkbox"/> अण्डाको साथ सबै खाद्य वस्तुहरू बेक्ड सामान सहित एक मिश्रणको रूपमा सूचीबद्ध	मकै एनाफिलाक्टिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> पूर्ण मकै जस्तै मकैको कर्नेल, टोटिला चिप्स, मकै मफिन <input type="checkbox"/> मकैको साथ व्यंजनहरू एक मिश्रणको रूपमा सूचीबद्ध (मकै सिरप, मकै स्टार्च, आदि)
गहुँ / ग्लुटेन एनाफिलाक्टिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> गहुँसंग व्यंजनहरू एक मिश्रणको रूपमा सूचीबद्ध <input type="checkbox"/> ग्लुटेन (गहुँ, जौ, राई, ट्राइटिकेल) साँगाका रेसिपीहरू एक मिश्रणको रूपमा सूचीबद्ध छन्	सोया एनाफिलाक्टिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> कुनैपनि मिश्रण वस्तुको रूपमा सूचीबद्ध सोया सहितका व्यंजनहरू
	माछा वा सेलमाछा एनाफिलाक्टिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> माछा <input type="checkbox"/> सेलमाछा
	अन्य एनाफिलाक्टिक <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन <input type="checkbox"/> अन्य, निर्दिष्ट गर्नुहोस् यदि यो एक पकाइएको मिश्रण हो वा जब ताजा उपयोग हुन्छ

18) के विद्यार्थीले आफ्नै EpiPen/Auvi-Q उपकरण बोक्न सक्छन् र आफ्नै प्रयोग गर्न सक्छन्?  हो  होईन

19) खाद्य बनावट संशोधनहरू:  
के विद्यार्थीलाई मुखबाट कुनै खाना / पेय पदार्थ खान अनुमति छ?  हो  होईन  
भाग #16 मा उल्लेखित अक्षमताको कारण आवश्यक खाद्य बनावट परिवर्तनहरू:  शुद्ध  मेकानिकल / उत्तम मैदान  काटनुहोस् / खान योग्य आकारको टुक्राहरूमा काटियो  
पातलो तरल पदार्थ:  कुनै पनि होईन  मह  अमृत

20) भाग #16 मा कागजात असक्षमताको कारण अन्य पोषण आवश्यकताहरू: कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्:

21) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक जानकारी फारम अभिभावक / संरक्षकलाई फिर्ता गरिनेछ र यदि यो भाग पूर्ण रूपमा भरेको छैन भने, कुनै पनि बासस्थान बनाइने छैन।

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको हस्ताक्षर	मिति	चिकित्सा कार्यालयको छाप (प्रशोधनको लागि आवश्यक)
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको मुद्रित नाम		
<input type="text"/>		