



DISTRICT OF COLUMBIA
PUBLIC SCHOOLS

Office of Food & Nutrition Services

家长/监护人：请将这份表格交给您孩子学校的**护士**。护士将把您孩子的需求告诉学校员工和食品与营养办公室（Office of Food & Nutrition Services）。

护士：请将表格发传真至(202) 442-5634 或扫描至 food.dcps@dc.gov

学生出于理念或宗教的饮食需求表

2015-2016 学年

1. 学生姓名	2. 学生证号码 (如果知道)	3. 出生日期
4. 学校		5. 年级/班级教室
6. 家长/法定监护人姓名		7. 电话号码 ()
<p>8. 上面列出的学生没有残疾或医疗上的饮食需求，但出于宗教或理念正在申请饮食的调整。这份表格不为学生的口味偏好提供调整。华府公立学校可酌情选择他们是否能满足使用这份表格的学生的请求。</p> <p>这份书面声明将持续有效，直至学年结束。学生的父母或法定监护人必须签署这份表格。</p>		
9. 特殊的饮食或饮食的指示，包括被去除的食物（如果适用）：		
10. <input type="checkbox"/> 如果学生参加华府公立学校提供点心或晚餐的课后计划，并需要调整，请打勾。		
11. 家长/法定监护人签名	12. 家长/监护人正楷签名	13. 日期

请注意：必要时，这份表格的信息应该更新以反映学生的最新医疗和/或营养需求。