

1. Padre/Guardián: complet/P <<5r-7.0Tw 8.657e13519732Tw 0.332 Sdc-0.61.9 (j)3 (c)17.9617m [(dn-12 ())]TJ 0 Tc 481w 8.657 0 Td ()Tj -0.022 Tc 0.0228Tw 8.657A.1351973)Tj 0 T1 (21w 8.657 0 Td ()Tf -0.02

Certifico que al estudiante mencionado anteriormente se le deben ofrecer sustituciones de alimentos como se describió anteriormente debido a la alergia alimentaria o la intolerancia /alergia alimentaria del estudiante según la discapacidad.

Nombre de la Autoridad Médica: _____ MD DO RD PA NP SLP
(ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Firma del médico / autoridad médica que prescribe: _____
(FIRMA) (FECHA)

Número de Teléfono: _____

School Nurse/Office Personnel USE ONLY

Manager's Name:

Manager's
Email:

Phone
Number:

School

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.