

**Besoins diététiques spéciaux - Département des Services alimentaires des
Écoles publiques de Cincinnati : Évaluation de l'alimentation**

Toutes les questions ressortant des programmes du département américain de l'Agriculture, et portant sur les repas scolaires, doivent recevoir une réponse, et cela avant TOUTE modification ou substitution desdits repas.

Partie A Informations sur l'élève (à remplir par le parent/tuteur)		
Nom de l'étudiant	Âge	Salle de classe
Nom de l'école	Niveau scolaire de la classe	Année scolaire 20_ à 20_
L'enfant est-il handicapé ? (veuillez encercler une réponse) OUI NON		
Dans l’Affirmative, principales activités de la vie affectées par le handicap.		
<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Prendre soin de soi <input type="checkbox"/> Tâches manuelles <input type="checkbox"/> Marcher <input type="checkbox"/> Vue <input type="checkbox"/> Audition <input type="checkbox"/> Parler <input type="checkbox"/> Respiration <input type="checkbox"/> Apprentissage <input type="checkbox"/> Autre		
Est-ce que l'enfant doit suivre un régime alimentaire particulier ? OUI NON		
(veuillez encercler une réponse)		
Dans l’Affirmative, remplissez la PARTIE B de ce formulaire et faites-le signer par un médecin.		
Si l'enfant n'est PAS handicapé, doit-il suivre un régime alimentaire particulier ?		
(veuillez encercler une réponse) OUI NON		
Dans l’Affirmative, remplissez la PARTIE B de ce formulaire et faites-le signer par un médecin.		
Limitations dues à la religion - Veuillez cocher tout aspect concerné OUI NON		
<input type="checkbox"/> Bœuf interdit <input type="checkbox"/> Porc interdit <input type="checkbox"/> Autre		
Passez à la case de signature du parent/tuteur (ci-dessous)		
Partie B Besoin diététique spécial (à remplir par le médecin)		
Diagnostic/besoins diététiques spéciaux : Les allergies alimentaires graves/MORTELLES nécessitent la signature d'un médecin agréé.		
Limitations médicales - Allergies alimentaires OU intolérances alimentaires - Veuillez cocher tout aspect concerné		
Intolérance au lactose/allergie aux produits laitiers : <input type="checkbox"/> Éviter tous les produits laitiers <input type="checkbox"/> Ne pas boire de lait		
Allergies alimentaires : <input type="checkbox"/> Ingestion <input type="checkbox"/> Toucher/contact <input type="checkbox"/> Inhalation		
<input type="checkbox"/> Cacahuète <input type="checkbox"/> Noix <input type="checkbox"/> Blé <input type="checkbox"/> Œuf <input type="checkbox"/> Soja <input type="checkbox"/> Poisson		
<input type="checkbox"/> Autres allergies alimentaires potentiellement mortelles (énumérez-les toutes) - Omettez ces aliments :		
Aliment(s) devant être changé(s) (alternatives acceptables - doivent être indiquées) :		
Modification de la texture - Veuillez vérifier		
<input type="checkbox"/> Aliments hachés (taille d'une bouchée) <input type="checkbox"/> Aliments moulus <input type="checkbox"/> Aliments mélangés <input type="checkbox"/> Aliments mis en purée		
Indiquez tout autre commentaire sur les habitudes alimentaires de l'enfant.		
Médecin ou service médical		
Nom en caractères d'imprimerie _____		
Signature _____		
Adresse _____		
N° de téléphone _____		Date _____
Parent/tuteur Nom en caractères d'imprimerie _____		
Signature _____		
Adresse _____		
N° de téléphone _____		Date _____

Renvoyer le formulaire à : Cincinnati Public Schools, Food Service Department, 2315 Iowa Ave, Cincinnati, OH 45206
CPS est un employeur et fournisseur de services respectant l'égalité des chances.