

Formulario de Alergias a Alimentos y Preferencias 2020-2021

Por favor regrese este formulario a la oficina principal de East Dallas *antes del* 13 de agosto. (924 Wayne Street)

Alegría a Alimentos

Mi hijo/a ha sido diagnosticado con alergia o sensibilidad a un alimento: **SI / NO**

Alérgico a alimentos: _____

E incluido una nota del doctor verificando esta alergia/sensibilidad: **SI / NO**

(Debe tener una nota del doctor sobre la alergia alimenticia si su hijo/a va a consumir nuestros alimentos. No puede ser los resultados de una prueba; debe ser una lista clara de lo que su hijo/a es alérgico a, y debe ser firmada por un doctor.)

Preferencias Dietéticas

Mi hijo/a y/o familia tiene preferencias dietéticas: (Por favor especifique, en caso de que podremos apoyar estas preferencias en nuestro programa de alimentación. No podemos garantizar que podamos apoyar sus preferencias que son una excepción al alimento normalmente ofrecida)

Preferencias Dietéticas: _____

Firma de Padre: _____ Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

Campus (East Dallas o Lindsley Park): _____

Nombre Impreso de Padre: _____

Numero de Teléfono: _____

Correo electrónico de padre: _____