



KERN HIGH SCHOOL DISTRICT

BOARD OF TRUSTEES

J. Bryan Batey, President

Chad Vegas, Vice President

Mike Williams, Clerk

Martha Miller, Member

William R. Perry, Ed.D., Member

DONALD E. CARTER, Ed.D., SUPERINTENDENT

3701 E. BELLE TERRACE • SUITE B • BAKERSFIELD • CALIFORNIA • 93307-6833 • (661) 827-3190 • FAX: (661) 397-5523

SHARON BRIEL, RD
Director, Food Services

SOLICITUD DE LOS PADRES PARA UNA SUSTITUCIÓN LECHE LÍQUIDA PARA LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR

Instrucciones:

1. Un padre o tutor debe llenar el formulario y firmar.
2. Regrese el formulario a la supervisora de servicios de alimento en la escuela de su estudiante o mandelo por correo a Food Service Dept., 3701 E. Belle Terrace, Suite B., Bakersfield, CA 93307.
3. El padre o tutor, sera notificado por telefono, en cuanto la substitucion de la leche este disponible.
4. Nota: Los reglamentos federales prohíben la substitucion de jugo por la leche a menos que sea autorizada por un medico debido a una inhabilidad medica.
5. Estudiantes con una intolerancia de lactios/alergia pero no tienen una inhabilidad medica pueden declinar el tomar la leche como una de los dos articulos que se pueden declinar en el programa del almuerzo escolar, o el articulo que se puede declinar en el programa del desayuno escolar.

1. NOMBRE DEL DISTRITO ESCOLAR / AGENCIA Kern High School District	2. NOMBRE DE LA ESCUELA	3. IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE #
4. NOMBRE DEL ESTUDIANTE	5. FECHA DE NACIMIENTO	
6. NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL	7. NÚMERO DE TELÉFONO ()	
8. El estudiante arriba mencionados no tiene una discapacidad, pero solicita un sustituto de la leche fluida debido a una médicos u otros necesidad dietética especial. Esta forma no es la intención de acomodar a los estudiantes que no tomar leche por su sabor u otras preferencias de vaca. Esta declaración escrita se mantendrá en efecto hasta que el padre o tutor legal revoca la declaración o hasta que la escuela, cese en la leche líquida sustitución de la opción. Los distritos escolares y agencias que participan en programas federales de nutrición son anima, pero no es necesario, para dar cabida a las solicitudes razonables. El padre del estudiante o juridical tutor debe firmar este formulario.		
9. MÉDICA O DE OTRA NECESITA REGÍMENES ESPECIALES QUE REQUIEREN LA SUSTITUCIÓN DE LECHE DE FLUIDO:		
10. TIPO DE PROPUESTA Y LA MARCA DE SUSTITUCIÓN LECHE FLUIDA (TENGA EN CUENTA QUE LA AUTORIDAD DE LA ALIMENTACIÓN ESCOLAR TIENE LA DISCRECIÓN SELECCIONE UNA MARCA ESPECÍFICA):		
11. FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL	12. IMPRIMA EL NOMBRE DEL PADRE / TUTOR	13. FECHA DE HOY

La informacion sobre esta forma se debe poner al corriente para reflejar las necesidades medicas y/o de nutricion del estudiante.

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura, Esta prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Para presentar una queja por discriminación por favor escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame a (800) 795-3272 o (202) 720-5964 (equipo teletscritor). USDA no discrimina en sus programas y empleo.