

تصريح طبي للاحتياجات الغذائية الخاصة
يرجى قراءة الصفحة 3 قبل إكمال هذا النموذج

اطبع الاسم الأول للطالب	اطبع اسم العائلة للطالب	تاريخ الولادة
اسم المدرسة	رقم التعريف الشخصي/رقم الطالب	المرحلة الدراسية

توقيع ولي الأمر التاريخ
اسم ولي الأمر (يرجى الطباعة بشكل مقروء) رقم الهاتف (يرجى الطباعة بشكل مقروء)

مطلوب التوقيع أدناه يرجى التحقق من العنوان الوظيفي المناسب:	<input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> مساعد طبيب	<input type="checkbox"/> ممرض ممارس <input type="checkbox"/> طبيب أسنان	<input type="checkbox"/> أخصائي البصريات <input type="checkbox"/> طبيب أطفال
توقيع الطبيب الممارس وعنوانه الوظيفي التاريخ			
اسم الطبيب الممارس وعنوانه الوظيفي (يرجى الطباعة بشكل مقروء) رقم الهاتف (يرجى الطباعة بشكل مقروء)			

1. يرجى إكمال جميع الأقسام أدناه التي تنطبق على الطفل.

<p>منتجات الألبان:</p> <p><input type="checkbox"/> حساسية الألبان - لا تحتوي على كاسين/مصل اللبن (تجنب الألبان، الكاسين، ومصل اللبن في جميع المنتجات الغذائية/المخبوزة) (Dairy) (Allergy)</p> <p><input type="checkbox"/> عدم تحمل اللاكتوس - الحليب الخالي من اللاكتوس فقط (لا يسمح بالجبن والزبادي والحلوى والآيس كريم الخ) (L.I. Milk Only)</p> <p><input type="checkbox"/> عدم تحمل اللاكتوس - حليب خالي من اللاكتوس والطالب يستطيع ان يتحمل: _____ (L.I. Tolerates)</p> <p>منتجات البيض:</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح بزلال البيض/الصفار (لا يسمح بالبيض في أي منتجات) (No Egg Albumin/Yolk)</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح بالبيض الكامل (لا بأس بالبيض في المعجنات) (No Whole Eggs)</p> <p>أخر:</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح بالقمح/الغلوتين (مرض الاضطرابات الهضمية) (No Wheat/Gluten)</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح ببقول الصويا (يسمح بزيت الصويا/ليستين الصويا ما لم يحدد) (No Soy)</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح بالفول السوداني (No Peanuts)</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح بالمكسرات (No Tree Nuts)</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح بالاسماك (No Fish)</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح بالمخار (No Shell Fish)</p> <p><input type="checkbox"/> آخر: _____</p>	الغذاء الذي لا يشمل الحساسية و
--	--------------------------------

<p>ويطلب الطفل أن تكون جميع الأطعمة:</p> <p><input type="checkbox"/> مهروسة (Pureed)</p> <p><input type="checkbox"/> ناعمة الأساس - نظام غذائي لين الميكانيكية (Finely Ground)</p> <p><input type="checkbox"/> مقطعة/مقطعة إلى قطع صغيرة الحجم (Chopped)</p> <p>يجب أن تكون السوائل:</p> <p><input type="checkbox"/> بسماكة المهلبية (Pudding Thick)</p> <p><input type="checkbox"/> بسمك العسل (Honey Thick)</p> <p><input type="checkbox"/> بسمك نكتار الفواكه (Nectar Thick)</p>	تغيير ملمس الغذاء
---	-------------------

<p>ما هي الاطعمة التي يجب الاستغناء عنها بسبب القيود الدينية؟ (نموذج يتطلب توقيع ولي الأمر للسماح بالتقييد)</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح بلحم الخنزير (No Pork)</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح بلحم البقر (No Beef)</p> <p><input type="checkbox"/> لا يسمح بالسماك (No Fish)</p> <p><input type="checkbox"/> نباتي (Vegetarian)</p> <p>(الرجاء ملاحظة: لا يمنح النباتيون الممتنعون عن منتجات الألبان طلبهم بسبب متطلبات نمط الوجبات)</p>	<p>القيود الدينية</p>
---	-----------------------

<p>يرجى وصف أي تعديلات لازمة للنظام الغذائي الخاص. (مثل: داء السكري، حمية الصوديوم المنخفض، حمية الكلى)</p>	<p>الحمية الخاصة</p>
---	----------------------

2. كيف تقيد إعاقة الطفل البدنية أو العقلية نظامه الغذائي؟

3. تعليقات اضافية:

<p>توقيع ولي الأمر التاريخ</p>
<p>اسم ولي الأمر (يرجى الطباعة بشكل مقروء) رقم الهاتف (يرجى الطباعة بشكل مقروء)</p>

<p>مطلوب التوقيع أدناه يرجى التحقق من العنوان الوظيفي المناسب:</p> <p><input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> مساعد طبيب</p>	<p><input type="checkbox"/> ممرض ممارس <input type="checkbox"/> طبيب أسنان</p>	<p><input type="checkbox"/> أخصائي البصريات <input type="checkbox"/> طبيب أطفال</p>
<p>توقيع الطبيب الممارس وعنوانه الوظيفي التاريخ</p>		
<p>اسم الطبيب الممارس وعنوانه الوظيفي (يرجى الطباعة بشكل مقروء) رقم الهاتف (يرجى الطباعة بشكل مقروء)</p>		

الأطفال المعوقون و قيود خاصة على الطعام

أ. قانون إعادة التأهيل لعام 1973 وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة

وبموجب المادة 504 من قانون إعادة التأهيل لعام 1973 وقانون تعديلات قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADAAA) لعام 2008، يقصد بتعبير "الشخص ذو الإعاقة" أي شخص يعاني من إعاقة جسدية أو عقلية تحد بشكل كبير من نشاط واحد أو أكثر من أنشطة الحياة الرئيسية أو الوظائف الجسدية الرئيسية، لديه سجل من هذا القصور، أو يعتبر معتل يمثل هذه الإعاقة.

وتشمل الأنشطة الرئيسية للحياة، على سبيل المثال لا الحصر، رعاية الذات، وأداء المهام اليدوية، والرؤية، والسمع، والأكل، والنوم، والمشي، والوقوف، والرفع، والانحناء، والتحدث، والتنفس، والتعلم، والقراءة، والتركيز، والتفكير، والتواصل، والعمل. وتشمل الأنشطة الرئيسية في الحياة أيضاً تشغيل وظيفة جسدية رئيسية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، وظائف الجهاز المناعي، نمو الخلايا الطبيعية، الجهاز الهضمي، الأمعاء، المثانة، الأعصاب، الدماغ، الجهاز التنفسي، الدورة الدموية، الغدد الصماء، ووظائف الإنجاب.

يرجى الرجوع إلى هذه القوانين لمزيد من المعلومات على <http://www.dol.gov/oasam/regstatutes/sec504.htm> و <http://www.eeoc.gov/laws/statutes/adaaa.cfm> على التوالي

ب. قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة

يتم وصف الطفل الذي لديه "إعاقة" بموجب الجزء ب من قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة (IDEA) بأنه طفل تم تقييمه وفقاً لقانون تعليم الأفراد المعاقين باعتباره يملك واحداً أو أكثر من فئات الإعاقة الثلاثة عشر المعترف بها والمحتاجين لها، وبسبب ذلك، الحاجة لدراسة خاصة وخدمات ذات صلة. يمكن العثور على IDEA في مجملها على <http://nichcy.org/wp-content/uploads/docs/IDEA2004regulations.pdf>

برنامج التعليم الفردي (IEP) هو بيان مكتوب للطفل ذو الإعاقة التي تم تطويرها ومراجعتها وتنقيحها وفقاً لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقة ولائحته التنفيذية. عندما تكون خدمات التغذية مطلوبة في إطار برنامج التعليم الفردي (IEP) الخاص بالطفل، يجب على مسؤولي المدرسة التأكد من أن موظفي خدمة الغذاء في المدرسة يشاركون في وقت مبكر في القرارات المتعلقة بالوجبات الخاصة. إذا كانت خطة (IEP) أو 504 تحتوي على نفس المعلومات المطلوبة في بيان طبي، فإنه ليس من الضروري الحصول على بيان طبي منفصل من طبيب ممارس مرخص.

ج. بيان الممرض الطبي المرخص للأطفال ذوي الإعاقة

وتتطلب لوائح 7CFR جزء 15b لوزارة الزراعة الأمريكية (USDA) استبدال أو تعديل في الوجبات المدرسية للأطفال الذين تقيد إعاقاتهم نظامهم الغذائي. يجب على سلطات الغذاء المدرسية تقديم تعديلات للأطفال ذوي الإعاقة على أساس كل حالة على حدة عندما تكون الطلبات مدعومة ببيان مكتوب من طبيب مرخص من الولاية.

يجب أن يحدد تصريح الممارس الطبي المرخص:

- شرح كيفية تقييم ضعف الطفل البدني أو العقلي للنظام الغذائي للطفل؛
- الاطعمة التي يجب تجنبها؛ و
- الغذاء أو اختيار الأطعمة التي يجب استبدالها.

ويمكن استخدام الصفحة الثانية من هذه الوثيقة ("البيان الطبي للاحتياجات الغذائية الخاصة") للحصول على المعلومات المطلوبة من الممارس الطبي المرخص.

يعرف "الممارس" بواسطة قانون ولاية ويسكانسون (e) 118.29(1): "الممارس" يعني أي طبيب أو طبيب أسنان أو طبيب عيون أو مساعد طبيب أو ممرض طبي متقدم واصف للدواء أو طبيب أطفال مرخص في أي ولاية. إذا لم توقع الوثيقة لدعم التجهيز الغذائي من قبل احد هؤلاء الممارسين، المدرسة غير مجبرة على توفير الطلب (ما لم يتم تضمين معلومات عن الحاجة الغذائية ضمن خطة التعليم الفردي أو خطة 504، على النحو المذكور أعلاه في القسم ب).

د. الاحتياجات الغذائية الخاصة الأخرى/القيود الدينية

تتطلب مدارس ميلواكي العامة التوثيق في ملف من طبيب ممارس مرخص للطلاب الذين لديهم احتياجات غذائية والذين يقومون بإجراء تعديلات القائمة داخل نمط الوجبة. إذا لم توقع الوثيقة لدعم التجهيز الغذائي من قبل احد هؤلاء الممارسين، المدرسة غير مجبرة على توفير الطلب. القيود الدينية تتطلب توقيع ولي الأمر و سوف تمنح على أساس كل حالة على حدة.