

إسم الطفل: _____: CPID _____: المركز: _____

الطفل المذكور أعلاه لا يعاني من إعاقة أو حاجة طبية غذائية، ولكنه يطلب وجبة أو تسهيلات خاصة لأسباب دينية أو ثقافية أو أخلاقية. هذه الإستمارة لا تهدف إلى إستيعاب تفضيلات أذواق المشاركين. الأمر متروك لتقدير ماتريكس هيد ستارت Matrix Head Start فيما إذا كان بإمكانهم تلبية طلب الوالدين المقدم باستخدام هذه الإستمارة.

في الوقت الحاضر، تتوفر العلامات التجارية التالية من الحليب السائل وبدائل الألبان والتي تعادل من الناحية التغذوية وقد يتم تقديمها بدلاً من حليب البقر.

- حليب خالي من اللاكتوز، بدون نكهة، كامل الدسم
- حليب الصويا، بدون نكهة
- حليب خالٍ من اللاكتوز، بدون نكهة، 1%.
- حليب خالي من اللاكتوز، بدون نكهة، خالي الدسم

من خلال إستكمال المعلومات الواردة أدناه، يمكن أن يُقدم لطفلك بديلاً معتمداً و/ أو بديلاً للحليب خالي من الحليب (non-dairy) معتمداً أو حليباً آخر ذو مصداقية مشار إليه ومجهز من قبل ماتريكس هيد ستارت Matrix Head Start.

ملاحظة: أذكر الأطعمة المحددة التي يجب تجنبها الأطعمة المحددة البديلة.

البدائل المقترحة	الغذاء (الأغذية) المستثناة

أنا أطلب تجنب الغذاء (الأغذية) المذكورة أعلاه و/أو المشروبات (المشروبات) واقترح تقديم بدائل لطفلي في ماتريكس هيد ستارت Matrix Head Start.

التأريخ

توقيع ولي الأمر أو الوصي

التأريخ

توقيع مساعد مدير التغذية / إختصاصية غذاء وتغذية مجازة (RDN)