



Matrix Head Start

Solicitud de Petición de los Padres para Hábitos Alimenticios Específicos

Nombre del Niño: _____ CPID: _____ Centro: _____

El niño mencionado anteriormente no tiene una discapacidad o una necesidad dietética médica, pero solicita una comida especial o cambios alimenticios por razones religiosas, culturales o éticas. Este formulario no tiene la intención de acomodar las preferencias de gusto de los participantes. Queda a discreción de Matrix Head Start si es posible de adaptar la petición hecha por los padres utilizando esta solicitud.

En este momento, se encuentran disponibles las siguientes marcas de leche líquida y sustitutos no- lácteos que son nutricionalmente equivalentes y se pueden servir en lugar de la leche de vaca.

- Leche entera, sin lactosa, sin sabor
- Leche de soya, sin sabor
- Leche al 1%, sin lactosa, sin sabor
- Leche descremada, sin lactosa, sin sabor

Al completar la información a continuación, a su hijo se le puede servir un sustituto de leche no láctea adaptada y/o aprobada u otra leche acreditable por indicación de Matrix Head Start.

Nota: Indique los alimentos específicos que deben evitarse y los alimentos específicos que deben sustituirse.

Alimentos(s) que se deben de omitir	Sustitución(es) sugerida(s)

_____ Solicito que se eviten los alimentos y/o bebidas mencionadas en la lista anterior y que se sugieran sustituciones a mi hijo en Matrix Head Start.

Firma del Padre de Familia o Tutor

Fecha

Firma de la Asistente de la Gerencia de Nutrición
(Assistant Nutrition Manager/RDN)

Fecha