

Nombre del sitio/proveedor:	Envíe este formulario a:
-----------------------------	--------------------------

Parte I A rellenar por el padre/tutor, participante adulto o

Nombre del participante: _____
Nombre del padre, madre o tutor: _____ Teléfono: _____

Parte II A rellenar por el padre/tutor o participante adulto

Nota: Este formulario es para las solicitudes de preferencia de comidas no médicas. Si se requiere una adaptación médica para la comida, se debe completar una Declaración Médica en su lugar.

1. Marque una o varias casillas: En el reverso de este formulario encontrará instrucciones adicionales	
A. El participante solicita un sustituto de la leche nutricionalmente equivalente <sup>5</sup>	
Sustituto de la leche nutricionalmente equivalente disponible: _____ <span style="float: right;">abores completos)</span>	
B. El participante solicita otras adaptaciones no médicas <sup>5</sup> de comida, rellene la sección siguiente	
Alimento(s) que debe(n) omitirse:	Sustitución sugerida:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Parte III Uso exclusivo

Adaptaciones realizadas: _____
_____
Firma del patrocinador: _____ Fecha: _____

