

**Polk County School Nutrition
Diet Modification Form
Instructions School Year 2021-2022**

To request modifications to a school meal, the School Nutrition Department must receive a **Diet Modification Form** completed and signed by a state licensed health care professional. Please return the form to the School Nutrition Manager at your child's school.

A new form is required each school year.

Important Information

The regulations of the National School Lunch and School Breakfast Programs:

- **Require** substitutions to the standard meal requirements for participants who have a disability that restricts their diet.
- **Permit**, but does not require, substitutions for other participants who are not disabled but who are unable to consume foods on the regular menu because of medical and/or other special dietary needs.

A person with a disability is a person who has a physical or mental impairment which substantially limits one or more major life activities, who has a record of such impairment, or is regarded as having such impairment. Major life activities are defined as “functions such as caring for one’s self, performing manual tasks, walking, seeing, hearing, speaking, breathing, learning or working.” **A state recognized medical authority who is authorized to write medical prescriptions** can make the determination of whether a student has a disability that restricts his or her diet. Food allergies and conditions such as obesity may or may not meet the criteria of a disability. A physician can assess that the food allergy may result in a severe, life-threatening reaction, or the obesity is severe enough to substantially limit a major life activity.

A school district may, at its discretion, make substitutions for individual students who do not have a disability, but who are unable to consume a food item because of medical or other special dietary needs. Such substitutions may only be made on a case-by-case basis when supported by a diet modification form signed by a recognized medical authority such as a physician, physician’s assistant or nurse practitioner and approved by the school nutrition department.

Milk Allergy/Lactose Intolerance

The school nutrition department is only permitted to provide a substitute beverage if it is nutritionally equivalent to milk as defined by USDA. **For lactose intolerant students:** Lactose free milk will only be made available if the request is stated on the Diet Modification Form. Access to drinking water is available in all cafeterias.

Nutrición Escolar Condado de Polk
Instrucciones del Formulario para Modificar la Dieta
Año Escolar 2021-2022

Para solicitar modificaciones a una comida escolar, el Departamento de Nutrición Escolar debe recibir un **Formulario de para Modificar la Dieta** completado y firmado por un profesional de atención médica con licencia del estado. Favor de enviar el formulario al Administrador de Nutrición Escolar de la escuela de su hijo/a.

Se requiere un formulario nuevo cada año escolar.

Información Importante

Los reglamentos de los Programas Nacionales de Almuerzo Escolar y Desayuno Escolar:

- **Requieren** sustituciones a los requisitos de comida estándar para los participantes que tienen una discapacidad que restringe su dieta.
- **Permite**, pero no requiere, sustituciones para otros participantes que no están discapacitados pero que no pueden consumir alimentos en el menú regular debido a necesidades médicas y / u otras dietas especiales.

Una persona con una incapacidad es una persona que tiene una discapacidad física o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida, que tiene un historial de dicha discapacidad, o que se considera que tiene dicha discapacidad. Las actividades importantes de la vida se definen como "funciones tales como cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender o trabajar". Una autoridad médica reconocida por el estado que está autorizada para escribir prescripciones médicas puede determinar si un estudiante tiene una discapacidad que restringe su dieta. Las alergias y condiciones alimenticias, como la obesidad, pueden o no cumplir los criterios de una discapacidad. Un médico puede evaluar que la alergia a los alimentos puede provocar una reacción grave y potencialmente mortal, o que la obesidad es lo suficientemente grave como para limitar sustancialmente una actividad importante de la vida.

Un distrito escolar puede, a su discreción, hacer sustituciones para estudiantes individuales que no tienen una discapacidad, pero que no pueden consumir un alimento debido a necesidades médicas u otras dietas especiales. Dichas sustituciones solo se pueden hacer caso por caso cuando estén respaldadas por un formulario para modificar la dieta firmado por una autoridad médica reconocida, como un médico, asistente médico o enfermera practicante y aprobado por el departamento de nutrición escolar.

Alergia a la Leche / Intolerancia a la Lactosa

El departamento de nutrición escolar solo tiene permitido proveer una bebida sustituta si es nutricionalmente equivalente a la leche, según lo define USDA. **Para estudiantes con intolerancia a la lactosa:** La leche libre de lactosa solo estará disponible si la solicitud está establecida en el Formulario para Modificar Dieta. Hay acceso disponible a agua potable en todas las cafeterías.

**Polk County School Nutrition
Diet Modification Form
School Year 2021-2022**



Student's Name: _____ Date of Birth: _____

School: _____ Grade: _____

**Reason for
Modification
Request**

- My child will not eat school meals. This form is for information only.
- Food Intolerance / Non-Life-Threatening Allergy
- Life-Threatening Food Allergy
- Disability (Specify) _____
- Other (Specify) _____

FOOD ALLERGIES/INTOLERANCES/DIETARY RESTRICTIONS

Please indicate if an allergy is life threatening. Unless otherwise noted on this form, all foods marked will be **eliminated** from the student's school meal and a substitute provided.

Allergens	Life Threatening? Yes / No
<input type="checkbox"/> Peanut	
<input type="checkbox"/> Dairy	
<input type="checkbox"/> Wheat	
<input type="checkbox"/> Oats	
<input type="checkbox"/> Soy	
<input type="checkbox"/> Corn	
<input type="checkbox"/> Egg	
<input type="checkbox"/> Fish _____ (Specify)	

Other Conditions
<input type="checkbox"/> Shellfish (not served in school meals)
<input type="checkbox"/> Gluten Sensitivity
<input type="checkbox"/> Lactose Intolerance <input type="checkbox"/> Please provide lactose free milk.
<input type="checkbox"/> Please omit fluid milk, all other dairy is ok.
<input type="checkbox"/> Sesame

Other:

Diet Prescription:

Comments/Specific Instructions:

FOOD TEXTURE MODIFICATIONS

Please describe texture modification prescribed. Specify which types of foods should be modified and/or omitted.

SIGNATURE REQUIRED

I certify that the above-named student needs special school meals prepared as described above because of the student's disability or medical condition.

Physician/Medical Authority Signature Date Office Phone Number