

Escuelas del Condado de Cocke

Liberación de las restricciones dietéticas por parte de los padres

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____

Liberación de la Declaración de Restricciones Dietéticas

Yo, _____ padre/tutor legal de _____
(nombre en letra de imprenta) (encierre en un círculo según corresponda) (escriba el nombre del estudiante)

Soy consciente de que mi hijo tiene alergias/restricciones a ciertos alimentos según lo documentado por su proveedor médico. Solicito que mi hijo sea liberado de las siguientes restricciones dietéticas y supervisión de la cafetería para la selección de alimentos de mi hijo. Enumere a continuación los alimentos que le gustaría que su hijo pueda comer de la cafetería:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Firma del padre/tutor)

(fecha)

<https://www.fns.usda.gov/civil-rights/usda-nondiscrimination-statement-other-fns-programs>