Milk Substitute Request
Participants without Disabilities

Part I To be completed by Sponsor, Parent/Guardian or Adult Participant
Часть I Заполняется Спонсором, родителем/опекуном или совершеннолетним участником

Фамилия и имя участника: _____

Part II Substitution
To be completed by the Parent/Guardian or Adult Participant or a State licensed health care professional who is authorized to write medical prescriptions under State law* or a Registered Nurse (RN) or a Registered Dietitian (RD).
Часть II Замена
Заполняется родителем/опекуном, или совершеннолетним участником, или медицинским специалистом, имеющим лицензию штата и разрешение на выдачу медицинских рецептов согласно законодательству штата*, или дипломированной медсестрой (RN), или дипломированным диетврачом (RD).

Укажите продукты, которые необходимо исключить из диеты:

жидкое молоко

_____

Укажите продукты-заменители:

Заменитель молока с эквивалентными питательными свойствами

_____

Медицинская или иная причина для замены:

_____

_____

_____

Фамилия и имя родителя/опекуна, совершеннолетнего участника или медицинского специалиста, имеющего лицензию штата (печатными буквами)

_____

Подпись родителя/опекуна, совершеннолетнего участника или медицинского специалиста, имеющего лицензию штата

Дата _____

**Medical Doctors of Medicine (MD); Doctors of Osteopathy (DO); Doctors of Naturopathy (ND); Physician's Assistant (PA); Certified nurse practitioner or clinical nurse specialist; Doctor of Dental Medicine (DMD); Doctor of Dental Surgery (DDS); Doctor of Optometry (OD)

*Доктор медицины (MD); доктор остеопатии (DO); доктор натуропатии (ND); фельдшер (PA); сертифицированная практикующая медсестра или частнопрактикующая медсестра-специалист; доктор стоматологии (DMD); доктор стоматологической хирургии (DDS); доктор оптометрии (OD)

Данное учреждение является поставщиком, предоставляющим равные возможности.

Декабрь 2015 г.