

ESCUELAS PPÚBLICAS DEL CONDADO DE BALTIMORE
Oficina de Alimentos y Servicios de Nutrición

Solicitud de sustituto de leche y dieta sin lactosa

Nombre del alumno:

Fecha de nacimiento:

Escuela:

Restricción: Leche – intolerancia a la lactosa

Razón:

El estudiante beberá:

Leche deslactosada

O

Leche de soya

Marque si hay alimentos adicionales que se deban restringir:

Ingredientes lácteos en alimentos cocidos

Queso

Yogurt

Helado

Otro:

Nombre del padre o guardián:

Fecha:

Regrese la forma llena y firmada a la enfermería de la escuela.