



**Part A Parent/Guardian: Complete Items 1-13**(Padre/madre/tutor: complete la información en los espacios 1 al 13)

1) Student's Last Name (Apellido)	2) Student's First Name (Nombre del estudiante)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) Student ID # (Numero de estudiante)	4) Date of Birth MM/DD/YYYY (Fecha de nacimiento)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) School (Escuela)	6) Grade (Grado)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Parent/Guardian Name & Contact Information** (Nombre & Información del contacto)

7) Name (Nombre)	8) Phone Number (Teléfono)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
9) Mailing Address, City, State, Zip (Dirección postal, ciudad, estado, código postal)	
<input type="text"/>	
10) E-Mail Address (Dirección electrónica)	
<input type="text"/>	

11) Meals Eaten at School (Los alimentos que su niño(a) consumirá en la escuela)

Breakfast (Desayuno)       Lunch (Almuerzo)       CACFP       None (Nada)

12) I consent to the exchange of information between the physician and school district, as needed.  
(Doy mi consentimiento para que la información sea intercambiada entre el médico y la escuela, según sea necesario)

Parent/Guardian Signature (required for processing) (Firme del padre/madre/tutor—requerido para ser procesado)

     Date (Fecha)

13) It is REQUIRED that this completed form is returned to the School Nurse who will share information with the Nutrition Department. All further changes to the student's diet must be made by a physician on a new form with the exception of lactose intolerance or cultural preference. The cafeteria manager will add the alert to the cashier system & return the form to the District FNS Office for consideration. By signing above I give Child Nutrition Services permission to speak with the Licensed Medical Doctor (MD) or recognized Medical Authority signing the Diet Order Form to discuss the student's dietary needs described in this form. (Se REQUIERE que se devuelva la forma debidamente completada al gerente de la cafetería. Cualquier cambio en la dieta del estudiante debe ser hecho por un médico en una nueva forma, a excepción de la intolerancia a lactosa o preferencias culturales. El gerente de la cafetería añadirá un alerta en el Sistema de cajeros y decolcerá la forma a las oficinas de Alimentos y Nutrición del Distrito.)

**Part B Completed by the Physician Only: Complete Items 14-19** (14-19 Esta sección para ser completada por el médico solamente.)

14) Student Diagnosis or Condition (Select One)

Food Intolerance       Food Allergy       Life Threatening Food Allergy\*

Other \_\_\_\_\_

*\*Students with life threatening food allergies must have an emergency action plan in place at school.*

15) Food Texture Modification (if medically needed check ONE)

Pureed       Ground       Chopped

Foods that need change in texture: \_\_\_\_\_

16) List any special equipment or utensils needed:

17) Please check all food(s) to exclude from student's diet during the school day (not to be used as a medical history):

**DAIRY**

- Fluid Milk Only
- Cheese
- Ice Cream
- Yogurt
- All Milk Ingredients

**SOY**

- Soy Protein Only
- Soybean Oil
- Soy Lecithin

**WHEAT & GLUTEN**

- Wheat
- Gluten

**FISH**

- Fish
- Shellfish

**PEANUTS OR TREE NUTS**

- Peanuts
- Tree Nuts

**EGG**

- Whole Eggs Only (such as scrambled eggs or hard cooked eggs)
- All Egg Ingredients

**CORN**

- Whole Corn (such as corn kernels, tortilla chips, corn muffin)
- Recipes With Corn/Corn By-Product Ingredients

**SESAME**

- Sesame Seeds
- Sesame Oil

**OTHER**

(Specify if it is a cooked ingredient or when consumed fresh)

---



---



---



---



---

18) List any other comments relevant to student's eating or feeding patterns:

19) **Licensed Physician's Information** *Diet Order Form will be returned to parent/guardian and NO accommodations will be made if this section is not filled in its entirety.*

Medical Authority Signature

Date

Medical Authority Printed Name

Office Phone Number

**Part C Child Nutrition Official: Complete Item 20** (Oficial de Nutrición Infantil: Completa el artículo 20)

20)

Child Nutrition Program Official's Signature

Date

Please contact the Smyrna School District Child Nutrition Office if you have any questions about completing this form.

Office: (302) 653-3134

Fax: (302) 653-2767

Crystal Cahall, Operations Specialist

[Crystal.Cahall@smyrna.k12.de.us](mailto:Crystal.Cahall@smyrna.k12.de.us)

or

Kristen Kahl, Child Nutrition Supervisor

[Kristen.Kahl@smyrna.k12.de.us](mailto:Kristen.Kahl@smyrna.k12.de.us)

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. **mail:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**  
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**  
[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

This institution is an equal opportunity provider.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

- (1) **correo:**  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o
- (2) **fax:**  
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**  
[program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.