

孩子/学生 姓名:	孩子出生日期:
幼儿园/学校/家庭幼儿园:	孩子在哪个班级/幼儿园班:
监护人姓名:	监护人电话号码:
_____	_____
_____	电子邮箱:

永久性特殊饮食通知: 需要医生证明

_____ 糖尿病(附个人饮食计划)

_____ 乳糜泻(可食用无麸质燕麦)

_____ 乳糜泻 (不能食用燕麦)

_____ 乳糜泻 (不能食用无麸质小麦淀粉)

_____ 不含牛奶

_____ 不含乳糖

食物过敏:

仅通知能导致强烈过敏症状或有生命危险的食物。

过敏食物:

症状:

肾上腺素注射液作为备用药 是 _____ 否 _____

食物过敏证明每年秋天要更新一次。对学校学生和幼儿园儿童, 请及早将证明分别交与学校护士和幼儿园。

日期 _____ . _____ .20 _____ (监护人)

日期 _____ . _____ .20 _____ (护士)

孩子/学生 姓名:	孩子出生日期:
幼儿园/学校/家庭幼儿园:	孩子在哪个班级/幼儿园班:
监护人姓名:	监护人电话号码:
_____	_____
_____	电子邮箱:

关于此饮食的更多信息:

每个上学/入园日，学校/幼儿园都会为您的孩子提供饮食。结业日除外，因为那天学校学生主要是取证书，所以不会提供正餐。请您将签好字的通知表交给学校/幼儿园餐饮负责人。

日期 _____._____.20____ (监护人)

