

ชื่อเด็ก/ นักเรียน:	วันเดือนปีเกิดของเด็ก:
สถานดูแลเด็กเล็ก/โรงเรียน/ ผู้รับดูแลเด็กแบบครอบครัว:	เด็กเรียนอยู่ชั้นอะไร / กลุ่มสถานดูแลเด็กเล็กกลุ่มอะไร:
ชื่อผู้ปกครอง:	หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ปกครอง:
_____	_____
_____	_____
	อีเมล:

การแจ้ง เกี่ยวกับอาหารพิเศษแบบถาวร: ต้องมีใบรับรองแพทย์ด้วย

- _____ โรคเบาหวาน (แผนแผนการเกี่ยวกับมื้ออาหารด้วย)
- _____ โรคซีสต์แอนด์ (Keliakia) (สามารถกินโอ๊ต (kaura) แบบไร้กลูเตนได้)
- _____ โรคซีสต์แอนด์ (Keliakia) (กินโอ๊ต (kaura) ไม่ได้)
- _____ โรคซีสต์แอนด์ (Keliakia) (ไร้กลูเตน กินแป้งสาลีไม่ได้)
- _____ ไร้นม
- _____ ไร้ แลคโตส

การแพ้อาหาร:

แจ้งเฉพาะส่วนประกอบของอาหาร ที่ส่งผลกระทบให้เกิดอาการแพ้อาหารที่รุนแรง หรือเป็นอันตรายถึงชีวิต

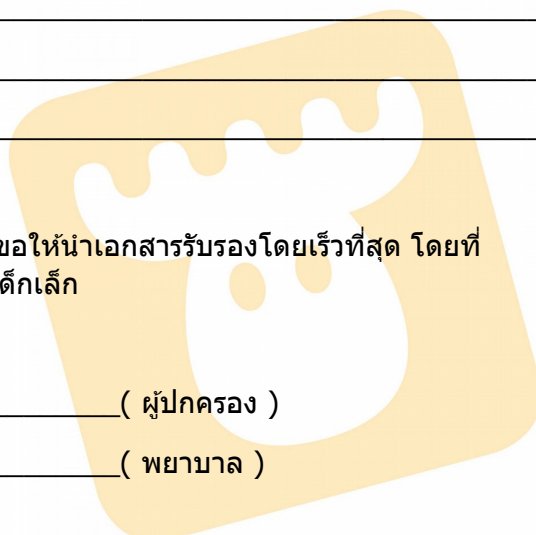
ส่วนประกอบของอาหาร: _____ อาการ: _____

มีเช็มฉีดยาอินซูลินเป็นยาสำรอง มี _____ ไม่มี _____

ในส่วนของการแพ้อาหาร จะมีการปรับเอกสารรับรองทุกปีในฤดูใบไม้ร่วง ขอให้แนเอกสารรับรองโดยเร็วที่สุด โดยที่โรงเรียนให้นักเรียนส่งให้พยาบาลประจำโรงเรียน และ นำส่งที่สถานดูแลเด็กเล็ก

วันที่ _____ . _____ . 20 _____ (ผู้ปกครอง)

วันที่ _____ . _____ . 20 _____ (พยาบาล)



ชื่อเด็ก/ นักเรียน:	วันเดือนปีเกิดของเด็ก:
สถานดูแลเด็กเล็ก/โรงเรียน/ ผู้รับดูแลเด็กแบบครอบครัว:	เด็กเรียนอยู่ชั้นอะไร / กลุ่มสถานดูแลเด็กเล็กกลุ่มอะไร:
ชื่อผู้ปกครอง:	หมายเลขโทรศัพท์ของผู้ปกครอง:
	—
	—
	อีเมล:
	—

รายละเอียดเพิ่มเติม เกี่ยวกับอาหารนั้น ๆ:

โรงเรียน / สถานดูแลเด็กเล็ก จะมอบอาหารแก่ลูกของท่าน ในทุก ๆ วันที่มีกิจกรรมที่โรงเรียน / สถานดูแลเด็กเล็ก ในกรณียกเว้นคือ วันสำเร็จการศึกษา, ที่นักเรียนจะมารับประกาศนียบัตร ดังนั้นจึงไม่จัดให้มีการรับประทานอาหารที่นั่น

ขอความกรุณาส่งแบบฟอร์มนี้ พร้อมลงลายมือชื่อ ไปที่ฝ่ายรับผิดชอบด้านงานครัวและบริการอาหาร ของโรงเรียน / สถานดูแลเด็กเล็ก

วันที่ ____ . ____ .20____ (ผู้ปกครอง)

