

**Distrito de Escuelas Públicas del Área de
Green Bay
Solicitud para la sustitución de la leche**



Nombre del estudiante		Fecha de nacimiento	
Grado		Núm. de ID del estudiante	
Escuela		Nombre del Maestro(a)	

Solicito por este medio un sustituto de leche para mi hijo(a), ____ debido a la intolerancia a la lactosa.

Mi hijo(a) prefiere leche sin lactosa o leche de soya (encierre en un círculo su preferencia).

Si no encierra en un círculo su preferencia, la leche sin lactosa será el sustituto que se le dará a su hijo(a).

Esta sustitución de la leche continuará hasta que sea cambiada por los padres/apoderados legales por escrito. Según los reglamentos del USDA, ya no pueden ofrecerse agua o jugo como sustitutos de leche para los estudiantes con necesidades dietéticas especiales o médicas, en el programa de desayunos escolares o en el programa nacional de almuerzos escolares.

Nombre del padre/apoderado legal en
letra de molde

Número de tel.

Firma del padre/apoderado legal

Fecha