|  |
| --- |
| **Solicitud de los Padres Para la Sustitución de Leche Fluida**  **Maureen Joy Charter School, Programa de Nutrición Escolar** |

Los padres o tutores podrán solicitar por escrito una sustitución de leche no láctea para su hijo con una necesidad dietética médica o especial sin ofrecer una declaración de una autoridad médica. El sustituto de leche solicitado debe ser nutricionalmente equivalente a leche fluida y cumplir con los estándares nutricionales establecidos por el Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA) para Programas de Nutrición Infantil. Nota importante: Los operadores del programa no están obligados a proporcionar los sustitutos y esta petición puede ser denegada. El precio, disponibilidad, requisitos de compras y otros factores se considerarán para esta solicitud. El agua y zumo de fruta no cualifican como sustitutos de la leche.

Maureen Joy Charter School provee leche libre de lactosa (Leche de Soya Pearl) para todos los estudiantes con intolerancia o sensitividad a la lactosa. Se provee este mismo sustituto de leche a cualquier estudiante que tenga una necesidad médica de eliminar la proteina de la leche de vaca. Por favor, informe al Gerente de la Cafeteria de la Escuela si tiene alguna de estas necesidades. El Gerente de la Cafeteria de la Escuela contactará a la Dietista Registrada y la solicitud sometida será evaluada. Una vez que la necesidad de la leche fluida sea verificada, esta será obtenida y proporcionada.

El sustituto de leche no láctea contendrá, como mínimo, los siguientes niveles de nutrientes por cada taza (8 onzas) para cualificar como un sustituto de leche aceptable:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nutriente** | **Cantidad** | **Nutriente** | **Cantidad** |
| proteína | 8 g | fósforo | 222 mg |
| calcio | 276 mg | potasio | 349 mg |
| vitamina A | 500 IU | riboflavina | .44 mg |
| vitamina D | 100 IU | vitamina B-12 | 1.1 mcg |
| magnesio | 24 mg |  |  |

1Reference: 7 CFR 210.10(d)(3) and 7 CFR 220.8(d); 2Reference: USDA Policy Memo SP 35-2009 Q&As: Milk Substitution for Children with Medical or Special Dietary Needs (Non-Disability)

|  |  |
| --- | --- |
| **Para ser completado por los padres y devuelta a la Oficina de Nutrición Escolar:** | |
| Nombre del estudiante: | |
| Escuela: | Grado: |
| Necesidad médica o dietética que restringe la dieta del estudiante y requiere un sustituto de leche: | |
| Firma del Padre: | Fecha: |
| Please return this form to: Maureen Joy Charter School, School Nutrition Program | |
| Cinawendela Livingston, School Nutrition Manager  Email: clivingston@joycharter.org  Address: 107 S. Driver St, Durham, NC 27703  Phone: 919-908-1610, Fax: 919-402-4263 | |
|  | |
| **OFFICE USE ONLY/** **PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE** | |
| **Milk substitute provided? Y N** | **Date:** |

**Esta declaración escrita permanecerá vigente hasta que el padre o tutor legal revoque tal declaración o hasta que la escuela suspenda la opción de sustitución de leche líquida.**