

Milk Substitute Request Participants without Disabilities

Part I To be completed by Sponsor, Parent/Guardian or Adult Participant

第一部分 由贊助人、家長/監護人或成年參加者填寫

參加者姓名：_____

Part II Substitution

To be completed by the Parent/Guardian or Adult Participant or a State licensed health care professional who is authorized to write medical prescriptions under State law* or a Registered Nurse (RN) or a Registered Dietitian (RD).

第二部分 替代品

由家長/監護人、成年參加者、州法授權可開醫療處方藥的州執照健康照護專業人員*、註冊護理師 (RN) 或註冊營養師 (RD) 填寫。

列出飲食排除的食物：

_____ 流質牛奶 _____

列出替代食物：

_____ 營養相等的牛奶替代品 _____

醫療或其他飲食需要的替代品：

家長/監護人、成年參加者或州執照健康照護專業人員姓名

(以正楷清楚填寫)

家長/監護人、成年參加者或州執照健康照護專業人員簽名

日期 _____

**Medical Doctors of Medicine (MD); Doctors of Osteopathy (DO); Doctors of Naturopathy (ND); Physician's Assistant (PA); Certified nurse practitioner or clinical nurse specialist; Doctor of Dental Medicine (DMD); Doctor of Dental Surgery (DDS); Doctor of Optometry (OD)

*醫學博士 (MD)；骨科醫生 (DO)；自然療法醫生 (ND)；醫生助理 (PA)；合格專科護理師或臨床護理專家；牙科醫生 (DMD)；口腔外科醫生 (DDS)；驗光師 (OD)

本機構提供平等機會。

2015 年 12 月