

# Informe Alimenticio del Alumno

## Colonial Heights Dept de servicios alimenticios

Este formulario debe ser completado y firmado por el padre/representante, independientemente de las condiciones alérgicas del estudiante.

### Información sobre el Estudiante

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

ID del Estudiante \_\_\_\_\_

### Información sobre Alergias

**No, mi estudiante no tiene alergias a ninguna comida.**

**Si, mi estudiante tiene alergias relacionadas con alimentos:**

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maní                              | <input type="checkbox"/> *Lácteos (incluye leche, queso, yogurt) | <input type="checkbox"/> Trigo    |
| <input type="checkbox"/> Colorante Rojo                    | <input type="checkbox"/> Huevos                                  | <input type="checkbox"/> Mariscos |
| <input type="checkbox"/> Pescado                           | <input type="checkbox"/> Soja                                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> Otras-por favor especifique _____ |  |                                   |

\*Opciones sin lactosa disponibles para leche líquida

\*Puede requerir una nota del médico

### Información sobre Padres/Representantes Legales

Firma de Padre/Representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Email de Padre/Representante \_\_\_\_\_

Teléfono de Padre/Representante \_\_\_\_\_

**Si quisiera añadir alguna alerta a la cuenta de su estudiante (p. ej. límites de snacks),  
contacte al Dpto. de Servicio Alimenticio:**

**Aaron Roberson** — Director del Servicio Alimenticio, [aaron\\_roberston@colonialhts.net](mailto:aaron_roberston@colonialhts.net)  
**Tiffany Brooks** — Administradora del Servicio Alimenticio, [tiffany\\_brooks@colonialhts.net](mailto:tiffany_brooks@colonialhts.net)  
Food Services Office — (804) 524-3453

Esta institución es una proveedora de igualdad de oportunidades.