

## Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations

**Submit Original Copy to School Site Front Office and/or Fax to: Nutrition Services @ (661) 322-8580**

Medical Statement Form		
<b>1. School</b>	<b>2. Site Name</b>	<b>3. Site Phone Number</b>
<b>4. Name of Child</b>		<b>5. Age or Date of Birth</b>
<b>6. Name of Parent/Guardian</b>		<b>7. Phone Number</b>
<b>8. Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected:</b>		
<b>9. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation:</b>		
<b>10. Indicate Food Texture for Above Child:</b> <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chopped <input type="checkbox"/> Ground <input type="checkbox"/> Pureed		
<b>11. Adaptive Equipment to be Used:</b>		
<b>12. Foods to be Omitted and Appropriate Substitutions:</b>		
<b>Foods to Be Omitted</b>		<b>Suggested Substitutions</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<b>13. Signature of Registered Dietitian (RD) or State Licensed Healthcare Professional*</b>		
<b>14. Printed Name</b>	<b>15. Phone Number</b>	<b>16. Date</b>

\*In California, effective April 1, 2025, RDs are permitted to complete and sign a written medical statement for school meal modifications due to a disability. The CDE also permits the following state licensed healthcare professionals to complete and sign a written medical statement for a disability: licensed physicians, physician assistants, and nurse practitioners.

\*This form is also considered valid with a certified digital signature.

The information on this form is required to reflect the current medical and/or nutritional needs of the child.

**"This institution is an equal opportunity provider."**

1. **School:** Print the name of the school that is providing the form to the parent/guardian.  
**Escuela:** Imprima el nombre de la escuela que proporciona el formulario al padre/tutor.
2. **Site:** Print the name of the site where meals will be served.  
**Sitio:** Imprima el nombre del sitio donde se servirán las comidas.
3. **Site Phone Number:** Print the phone number of site where meal will be served.  
**Número de teléfono del sitio:** Imprima el número de teléfono de sitio donde se servirá la comida.
4. **Name of Child:** Print the name of the child to whom the information pertains.  
**Nombre del niño:** Imprima el nombre de niño al que pertenece la información.
5. **Age of Child:** Print the age of the child. For infants, please use date of birth.  
**Edad del niño:** Escriba la edad del niño. Para bebés, utilice la fecha de nacimiento.
6. **Name of Parent/Guardian:** Print the name of the person requesting the child's medical statement.  
**Nombre del padre/tutor:** Imprima el nombre de la persona que solicita la declaración médica del niño.
7. **Phone Number:** Print the phone number of parent/guardian.  
**Número de teléfono:** Imprima el número de teléfono del padre/tutor.
8. **Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected:** Describe how the physical or mental impairment restricts the child's diet.  
**Descripción de la discapacidad física o mental del niño afectado:** Describa cómo la discapacidad física o mental restringe la dieta del niño.
9. **Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by the RD or state licensed healthcare professional.  
**Explicación de la prescripción y/o adaptación de la dieta:** describa una dieta o adaptación específica que haya sido prescrita por el dietista registrado o un profesional de la salud autorizado por el estado.
10. **Indicate Texture:** If the child does not need any modification, check "Regular".  
**Indicar Textura:** Si el niño no necesita ninguna modificación, marcar "Regular".
11. **Adaptive Equipment to be Used:** Describe specific equipment required to assist the child with dining (e.g., sippy cup, large handled spoon, wheelchair accessible furniture, etc.).  
**Equipo adaptable que se debe utilizar:** Describa el equipo específico requerido para ayudar al niño a comer (por ejemplo, vaso para bebés, cuchara con mango grande, muebles accesibles para sillas de ruedas, etc.).
12. **Foods to be Omitted:** List specific foods that must be omitted.  
**Suggested Substitutions:** List specific foods to include in the diet.  
**Alimentos que deben evitarse:** Enumere los alimentos específicos que deben omitirse.  
**Sustituciones sugeridas:** Enumere los alimentos específicos que debe incluir en la dieta
13. **Signature of RD or State Licensed Healthcare Professional:** Signature of RD or state licensed healthcare professional requesting the special meal or accommodation.  
**Firma del dietista registrado o profesional de la salud con licencia estatal:** Firma del dietista registrado o profesional de la salud con licencia estatal que solicita la comida o alojamiento especial.
14. **Printed Name:** Print name of RD or state licensed healthcare professional.  
**Nombre impreso:** Nombre impreso del DR o profesional de la salud autorizado por el estado.
15. **Phone Number:** Phone number of RD or state licensed healthcare professional.  
**Número de teléfono:** Número de teléfono del DR o profesional de la salud autorizado por el estado.
16. **Date:** Date RD or state licensed healthcare professional signed the form.  
**Fecha:** Fecha en que el DR o el profesional de la salud autorizado por el estado firmó el formulario.