

**Milk Substitute Request
Participants without Disabilities**

Part 1 To be completed by Sponsor, Parent/Guardian or Adult Participant

Часть I Должна быть завершена к спонсора, родителем/опекуном или взрослым участником

Имя участника: _____

Имя воспитателя/название сада: _____

Part II Substitution

Часть II Замена

Заполняется родителем/опекуном, взрослым участником или одним из уполномоченных представителей медицинского учреждения, имеющим диплом доктора медицины (MD), врача-остеопата (DO), помощника врача (PA), дипломированного диетолога (RD), практикующей медсестры (NP), дипломированной медсестры (RN), врача-натуропата (ND) или натуропата-остеопата (NDO)

Перечень продуктов, которые необходимо исключить из рациона:

питьевое молоко

Перечень продуктов, которые необходимо заменить

(равноценный по питательным свойствам заменитель молока):

Напиток, заменяющий молоко

Пожалуйста, отметьте какое именно соевое молоко должно предлагаться вашему ребёнку:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 8th Continent Soy Milk (plain) | <input type="checkbox"/> Kirkland Organic Soy Milk (plain & original) |
| <input type="checkbox"/> Pacific Soy Ultra (plain) | <input type="checkbox"/> Walmart Great Value Soy Milk (original) |
| <input type="checkbox"/> Sunrich Natural Organic Soy Milk (plain) | <input type="checkbox"/> Silk Original Soy Milk (original only) |

Медицинские или другие диетические показания к замене:

Имя родителя/опекуна, взрослого участника или уполномоченного представителя медицинского учреждения (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна, взрослого участника или уполномоченного представителя медицинского учреждения

Дата _____

Данная организация является поставщиком равных возможностей.