

ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT
OFFICE OF CHILD NUTRITION

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

Dr. Scott O'Brien
Superintendent of Schools

Telephone: (631) 744-1600
www.rockypointschools.org

Dear Parent/ Guardian,

In order to ensure we are able to accommodate all students during lessons that utilize food items, please check off one of the following. Based upon your selection(s), lessons may be modified to accommodate all students.

_____ My child **has my permission** to participate in **ALL** lessons using food items with **NO restrictions**.

_____ My child **DOES NOT have my permission** to participate in any lessons utilizing food items that contain, or may contain, ANY OF the below circled items (please circle) and I would like to be advised of any food lesson modifications:

MILK/ DAIRY

EGGS

SOY

WHEAT/ GLUTEN

FISH

SHELLFISH

PEANUTS

TREE NUTS (E.G.: WALNUTS, ALMONDS, HAZELNUTS, CASHEWS, PISTACHIOS, PECANS, BRAZIL NUTS, PINE NUTS)

OTHER (PLEASE SPECIFY) _____

****THIS FORM MUST BE RETURNED NO LATER THAN:**

IN ORDER FOR YOUR CHILD TO PARTICIPATE IN UPCOMING LESSONS (RETURN TO YOUR CHILD'S TEACHER)

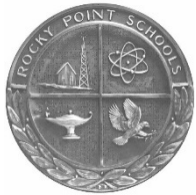
STUDENT NAME _____

PARENT/ GUARDIAN NAME _____

SIGNATURE _____

DATE _____

****PLEASE NOTIFY THE SCHOOL NURSE IMMEDIATELY IF YOUR CHILD IS DIAGNOSED WITH A NEW ALLERGY****



ROCKY POINT UNION FREE SCHOOL DISTRICT
OFFICE OF CHILD NUTRITION

90 Rocky Point – Yaphank Road
Rocky Point, New York 11778

Dr. Scott O'Brien
Superintendent of Schools

Telephone: (631) 744-1600
www.rockypointschools.org

Estimado Padre / Tutor,

Con el fin de asegurar que somos capaces de acomodar a todos los estudiantes durante las lecciones que utilizan los alimentos, por favor marque una de las siguientes opciones. Basado en su selección, las lecciones pueden ser modificadas para acomodar a todos los estudiantes.

_____ Mi hijo tiene mi permiso para participar en TODAS las lecciones usando artículos de comida sin restricciones.

_____ Mi hijo (a) no tiene mi permiso para participar en ninguna lección utilizando alimentos que contengan, o puedan contener, CUALQUIERA de los siguientes artículos en círculo (por favor circule) y me gustaría que me informaran de cualquier modificación de la lección de comida:

HUEVOS

LECHEROS / LECHEROS

DE SOJA

TRIGO / GLUTEN

PESCADO

PESCADO CON CONCHAS

MANI

NUECES DE ÁRBOLES (por ejemplo: NUECES, ALMENDRAS, AVELLANAS, CAJONES, PISTACHOS, PECANAS, NUECES BRASILEÑAS, NUECES DE PINO)

OTROS (ESPECIFICAR) _____

*** ESTE FORMULARIO DEBE SER DEVOLVIDO NO MAS TARDE QUE:**
PARA QUE SU NIÑO PARTICIPE EN LECCIONES PRÓXIMAS (REGRESAR AL PROFESOR DE SU HIJO)

NOMBRE DEL
ESTUDIANTE _____

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR _____

FIRMA _____

FECHA _____

**** POR FAVOR NOTIFIQUE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA INMEDIATAMENTE SI SU HIJO ES DIAGNOSTICO CON UNA NUEVA ALERGIA ****