



Dietary Preference Request Form

It is considered a dietary preference when you eat certain foods, or eliminate them from the diet, due to a general health concern and/or preference. This is not related to a disability. *For example: religious, ethnic, vegetarian, vegan.* **CCFP institutions/facilities are not required to, but strongly encouraged, to make meal modifications due to preference.**

Child's First and Last Name	Date of Birth
Name of Center/Care Provider	
Name of Parent/Guardian	Phone Number

Dietary Preference (check all that apply):

My child does not have a medical need or disability but I am requesting a dietary accommodation based on a dietary preference. *(Complete dietary accommodations section below)*

My child does not have a medical need or disability but I am requesting that they be served an approved fluid milk substitute in place of cow's milk: _____

Dietary Accommodations:
List reason(s) for requested accommodation(s):

List specific food items to be omitted and substitutions requested below:
(All food items MUST meet CCFP meal pattern requirements)

Foods to be Omitted	Foods to be Substituted

Parent/Guardian may supply ONE food item per meal. Check below and list food item(s) that will be supplied by parent/guardian

I will provide the following food item(s) _____

Parent Signature: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Phone Number: _____

This request will be accommodated will not be accommodated by child care center



Formulario de solicitud de preferencia alimentaria

Una preferencia alimentaria se refiere a la incorporación o eliminación de ciertos alimentos en la dieta por un problema de salud general o preferencia, *por ejemplo: religiosa, étnica, vegetariana o vegana*. No está relacionado con una discapacidad. **Aunque es altamente recomendado, a las instituciones/centros del CCFP no se les exige hacer modificaciones a las comidas por preferencia.**

Nombre y apellido del niño	Fecha de nacimiento
Nombre del centro/proveedor de atención médica	
Nombre del padre/madre/tutor	Número de teléfono

Preferencia dietética (marque todas las que correspondan)

- Mi hijo no tiene una necesidad médica o discapacidad, pero solicito que se adapte la dieta por una preferencia alimentaria. *(Complete la sección de adaptaciones dietéticas de abajo).*
- Mi hijo no tiene una necesidad médica o discapacidad, pero solicito que se le dé un sustituto aprobado de la leche líquida en vez de leche de vaca: _____

Adaptaciones alimentarias:

Nombre las razones por las que solicita las adaptaciones:

Nombre los alimentos específicos que deben evitarse y los sustitutos solicitados abajo:
(Todos los alimentos DEBEN cumplir los requisitos de los patrones de comidas de CCFP).

Alimentos que deben omitirse	Alimentos que deben sustituirse

El padre/madre/tutor puede proveer UN alimento por comida. Marque la opción e indique los alimentos que proveerá el padre/madre/tutor.

- Daré los siguientes alimentos: _____

Firma del padre/madre: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____ Número de teléfono: _____

El centro de cuidado infantil aprobará/ no aprobará esta solicitud.