



COLLEGE OF SOUTHERN IDAHO HEAD START/EARLY HEAD START

998 Washington St. N.
PO Box 1238
Twin Falls, Idaho 83303-1238
208-736-0741



Food Preference Request/Peteción de Preferencia de Comida

To be used for non-medical requests for food substitutions in the classroom/socializations (i.e. religious). Must be completed prior to any substitutions being made. *Usada para peticiones no medicos para substitución de comida en el salón (Ej. religioso) Tiene que ser completada antes de que se haga cualquier substitución.*

Child's Name: *Nombre del Niño:* _____

Parents Name: *Nombre de padres:* _____

Parents Phone Number: *Numero de Telefon:* _____

Reason for Requested Substitution: *Razon por la Cual Requiere la Substitución:* _____

Head Start Center/Early Head Start and Classroom: *Centra de Head Start y Salón:* _____

Substitution Effective Through: *Substitución Efectiva Hasta:* _____

Food(s) to be omitted from diet:

Comida(s) que se deben omitir:

Foods to be substituted:

Con que se pueden substituir:

Signature of parent/guardian: *Firma del Padre/guardian*

Date: *Fecha:*

Signature of Food Services Coordinator:

Firma del Coordinador de Servicios de Alimentos

Date: *Fecha*

Requests will be evaluated by Food Services Coordinator and reasonable accommodations made. For more information please see Special Diets policy and procedure, HLIO.

Las peticiones serdn evaluadas por la coordinadora de servicios Alimenticios y se aran acomodaciones razonables. Para mas information por favor vea las Polizas de Dietas Especiales y procedimientos, HLIO.

Please place in child's file and on Allergies and Restrictions list in kitchen, classroom and bus. *Coloquepor favor en el archivo del nino, y en Alergias y Restricciones lista en la cocina, salon de clase y autobus.*