



Nasha Shkola

ISD #4208

6717 85th Avenue North
Brooklyn Park, MN 55445

P: 763-496-5550

F: 763-424-8520

Медицинское заявление для детей с непереносимостью лактозы

Имя студента: _____ Класс: _____

Номер студента: _____ Дата рождения: _____

Дети с непереносимостью лактозы - Этот раздел должен заполнить родитель/опекун.

В соответствии с Уставом штата Миннесота 124D.114, школы обязаны обеспечивать молоком с пониженным содержанием лактозы учащихся, страдающих непереносимостью лактозы. Наша Школа приобретает молоко с пониженным содержанием лактозы у нашего поставщика молока по письменному запросу родителя. Для молока с пониженным содержанием лактозы подпись врача не требуется.

Я подтверждаю, что у моего ребенка непереносимость лактозы, и ему следует давать молоко с пониженным содержанием лактозы.

Подпись родителя/опекуна

Дата

Номер телефона

Вернуть на адрес электронной почты:

yelena.hardcopf@nashashkolamn.org

Вернуть по почте по адресу:

Nasha Shkola

6717 8^{5th} Ave North

Brooklyn Park, MN 55445