



Nasha Shkola
ISD #4208
6717 85th Avenue North
Brooklyn Park, MN 55445
P: 763-496-5550
F: 763-424-8520

Medical Statement for Children with Lactose Intolerance Needs

Student Name: _____ Grade Level: _____

Student ID: _____ Birth Date: _____

Children with Lactose Intolerance—This section may be completed by a parent/guardian

Under MN State Statute 124D.114, schools are required to provide lactose reduced milk for students that are lactose intolerant. Nasha Shkola purchases lactose reduced milk from our milk provider upon written request from a parent. A physician's signature is not required for lactose reduced milk.

I certify that my child is lactose intolerant and should be provided with **lactose reduced milk**.

Parent/Guardians' Signature

Date

Phone Number

Return by email to

yelena.hardcopf@nashashkolamn.org

Return by mail to:

Nasha Shkola

6717 8^{5th} Ave North

Brooklyn Park, MN 55445



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