

Grapevine-Colleyville ISD

School Health Services Guideline / Norma de Servicios de Salud Escolar

Parent Statement of Food Allergy Information

Declaración de los Padres de Familia sobre Alergias Alimentarias

Pursuant to HB 742, school districts are required to request that a parent of an enrolling student disclose whether the student has a food allergy or a severe food allergy.

This form allows you to disclose whether your child has a food allergy or severe food allergy that you believe should be disclosed to the district in order to enable the district to take necessary precautions for your child's safety.

A severe food allergy is a dangerous or life-threatening reaction of the human body to a food-borne allergen induced by inhalation, ingestion or skin contact that requires immediate medical attention.

Please list any foods to which your child is allergic or severely allergic, as well as the nature of your child's reaction to the food.

De acuerdo con el HB 742, los distritos escolares deben solicitar que un padre que está inscribiendo a un estudiante tiene que revelar si el estudiante tiene una alergia alimentaria o una alergia alimentaria severa.

Esta forma le permite revelar si su hijo tiene una alergia alimentaria o alergia alimentaria severa que considera que debería ser compartida con el distrito a fin de que el distrito pueda tomar las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo.

Una alergia alimentaria severa es una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno transmitido por los alimentos, inducida por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

Por favor anote todos los alimentos a los que su hijo es gravemente alérgico, así como la naturaleza de la reacción de su hijo a la comida.

Food / Alimento	Allergic Reaction / Reacción Alérgica

The district will maintain the confidentiality of the information provided above and may disclose the information to teachers, school counselors, school nurses, and other appropriate school personnel only within the limitations of the Family Education Rights and Privacy Act and district Policy.

El distrito mantendrá la información proporcionada confidencialmente y podrá divulgar la información a los maestros, consejeros, enfermeras y otro personal escolar apropiado, únicamente dentro de las limitaciones del Acuerdo de los Derechos Educativos y Privacidad de la Familia y de las políticas del distrito.

Student / Estudiante: _____ Date of Birth / Fecha de nacimiento: _____

Grade / Grado: _____ Campus / Escuela: _____ Date / Fecha: _____

Parent/Guardian / Padre/Tutor: _____

Work Phone / Tel. en el trabajo: _____ Cell Phone / Celular: _____ Home Phone / Tel. en casa: _____

Parent/Guardian Signature / Firma del Padre/Tutor: _____

Consistent with guidelines from the Texas Department of Agriculture, in order for the district to consider food substitutions for a student's food allergies, a signed medical statement must be provided.

De acuerdo con las normas del Departamento de Agricultura de Texas, a fin de que el distrito considere sustituciones para alergias alimentarias de un estudiante, se debe proporcionar una declaración médica firmada.

Foods To Avoid / Alimentos que debe evitar	Foods to be substituted / Alimentos que deben de sustituirse

Physician's Name and Signature / Nombre y firma del doctor: _____ Date / Fecha: _____

To be completed by school personnel:

Date form received by the school nurse: _____

Date form provided to: Child Nutrition Dept.: _____ Transportation: _____ (if appropriate) Kidz U: _____ (if appropriate)