

Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations

Medical Statement Form		
1. School	2. Site Name	3. Site Phone Number
4. Name of Child		5. Age or Date of Birth
6. Name of Parent/Guardian		7. Phone Number
8. Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected:		
9. Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation:		
10. Indicate Food Texture for Above Child: Regular Chopped Ground Pureed		
11. Adaptive Equipment to be Used:		
12. Foods to be Omitted and Appropriate Substitutions: Foods to Be Omitted Suggested Substitutions		
13. Signature of Registered Dietitian (RD) or State Licensed Healthcare Professional*		
14. Printed Name	15. Phone Number	16. Date

*In California, effective April 1, 2025, RDs are permitted to complete and sign a written medical statement for

school meal modifications due to a disability. The CDE also permits the following state licensed healthcare professionals to complete and sign a written medical statement for a disability: licensed physicians, physician assistants, and nurse practitioners.

*This form is also considered valid with a certified digital signature.

The information on this form is required to reflect the current medical and/or nutritional needs of the child.

California Department of Education
Nutrition Services Division

CNP - 925 (Rev. 5/25)

Instructions

Child Nutrition Programs

Page 2

1. **School:** Print the name of the school that is providing the form to the parent/guardian.

2. **Site:** Print the name of the site where meals will be served.

3. **Site Phone Number:** Print the phone number of site where meal will be served.

4. **Name of Child:** Print the name of the child to whom the information pertains. 5.

Age of Child: Print the age of the child. For infants, please use date of birth.

6. **Name of Parent/Guardian:** Print the name of the person requesting the child's medical statement.

7. **Phone Number:** Print the phone number of parent/guardian.

8. **Description of Child's Physical or Mental Impairment Affected:** Describe how the physical or mental impairment restricts the child's diet.

9. **Explanation of Diet Prescription and/or Accommodation:** Describe a specific diet or accommodation that has been prescribed by the RD or state licensed healthcare professional.

10. **Indicate Texture:** If the child does not need any modification, check "Regular".

11. **Adaptive Equipment to be Used:** Describe specific equipment required to assist the child with dining (e.g., sippy cup, large handled spoon, wheelchair accessible furniture, etc.).

12. **Foods to be Omitted:** List specific foods that must be omitted.

Suggested Substitutions: List specific foods to include in the diet.

13. **Signature of RD or State Licensed Healthcare Professional:** Signature of RD or state licensed healthcare professional requesting the special meal or accommodation.

14. **Printed Name:** Print name of RD or state licensed healthcare professional. 15.

Phone Number: Phone number of RD or state licensed healthcare professional.

16. **Date:** Date RD or state licensed healthcare professional signed the form.

Definitions

Disability means, with respect to an individual, a physical or mental impairment that substantially limits one or more of the major life activities of such individual; a record of such an impairment; or being regarded as having such an impairment.

Physical or mental impairment means, any physiological disorder or condition, cosmetic disfigurement, or anatomical loss affecting one or more body systems, such as: neurological, musculoskeletal, special sense organs, respiratory (including speech organs), cardiovascular, reproductive, digestive, genitourinary, immune, circulatory, hemic, lymphatic, skin, and endocrine; or any mental or psychological disorder such as intellectual disability, organic brain syndrome, emotional or mental illness, and specific learning disability.

Physical or mental impairment includes, but is not limited to, contagious and noncontagious diseases and conditions such as the following: orthopedic, visual, speech, and hearing impairments, and cerebral palsy, epilepsy, muscular dystrophy, multiple sclerosis, cancer, heart disease, diabetes, intellectual disability, emotional illness, dyslexia and other specific learning disabilities, Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Human Immunodeficiency Virus infection (whether symptomatic or asymptomatic), tuberculosis, drug addiction, and alcoholism.

Major life activities include, but are not limited to, caring for oneself, performing manual tasks, seeing, hearing, eating, sleeping, walking, standing, sitting, reaching, lifting, bending, speaking, breathing, learning, reading, concentrating, thinking, writing, communicating, interacting with others, and working; and the operation of a major bodily function.

Major bodily function includes, the operation and functions of the immune system, special sense organs and skin, normal cell growth, and digestive, genitourinary, bowel, bladder, neurological, brain, respiratory, circulatory, cardiovascular, endocrine, hemic, lymphatic, musculoskeletal, and reproductive systems. The operation of a major bodily function includes the operation of an individual organ within a body system.

California Department of Education
Nutrition Services Division

Statement

Child Nutrition Programs

Page 4

USDA Nondiscrimination CNP - 925 (Rev. 5/25)

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.) should contact the state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at [How to File a Program Discrimination Complaint](#) and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call 866-632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

mail:

U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410;

fax:

202-690-7442; or

email:

Program.Intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

DECLARACIÓN MÉDICA PARA LA SOLICITUD DE COMIDAS ESPECIALES Y ADAPTACIONES

1. ESCUELA/AGENCIA	2. ESTABLECIMIENTO	3. NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO	
4. NOMBRE DEL PARTICIPANTE		5. EDAD O FECHA DE NACIMIENTO	
6. NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR		7. NÚMERO DE TELÉFONO	
8. ELIJA UNA OPCIÓN: ☐ El participante tiene alguna discapacidad o enfermedad y <i>necesita</i> comida especial o adaptaciones (consulte las definiciones al reverso de este formulario). Las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición deben responder las solicitudes de comidas especiales y cualquier equipo de adaptación. Un médico autorizado debe firmar este formulario. ☐ El participante no tiene una discapacidad, pero solicita comida especial o alguna adaptación debido a que tiene alguna intolerancia alimenticia u otras razones médicas. El propósito de este formulario no es especificar preferencias alimenticias. Se promueve que las escuelas y agencias que participan en programas federales de nutrición acepten las solicitudes que sean razonables. Un médico autorizado, asistente de médico o enfermera matriculada debe firmar este formulario.			
9. DISCAPACIDAD O ENFERMEDAD QUE REQUIERA COMIDA ESPECIAL O ADAPTACIÓN:			
10. SI EL PARTICIPANTE TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD, PROPORCIONE UNA BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES DE SU VIDA QUE SE VEN AFECTADAS POR LA DISCAPACIDAD:			
11. DIETA PRESCRITA O ADAPTACIÓN : <i>(POR FAVOR DESCRÍBALA DETALLADAMENTE PARA ASEGURAR UNA IMPLEMENTACIÓN ADECUADA)</i>			
12. INDIQUE LA TEXTURA: ☐ Normal ☐ Picada ☐ Molida ☐ Puré			
13. ALIMENTOS QUE DEBEN OMITIRSE Y SUS SUSTITUCIONES: <i>(ENUMERE LOS ALIMENTOS ESPECÍFICOS QUE DEBEN OMITIRSE Y SUGIERA SUSTITUCIONES. PUEDE ADJUNTAR UNA HOJA CON INFORMACIÓN ADICIONAL)</i> A. Alimentos que deben omitirse B. Sustituciones sugeridas			
14. EQUIPO DE ADAPTACIÓN:			
15. FIRMA DE QUIEN PREPARA*	16. NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	17. NÚMERO DE TELÉFONO	18. FECHA
19. FIRMA DE LA AUTORIDAD MÉDICA*	20. NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA	21. NÚMERO DE TELÉFONO	22. FECHA

* Para participantes con alguna discapacidad, se requiere la firma del médico. Para participantes sin discapacidades, un médico autorizado, asistente de médico o enfermera matriculada debe firmar el formulario.

La información de este formulario debe actualizarse para reflejar las necesidades médicas o nutricionales actuales del participante.

De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar en función de la raza, el color, el país de origen, el sexo, la edad o la discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame al 866-632-9992 (correo de voz). Las personas con impedimentos auditivos o discapacidades en el habla pueden contactar al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) a través del Servicio Federal de Relevo al 800-877-8339 o al 800-845-6136 (en español).

DECLARACIÓN MÉDICA PARA LA SOLICITUD DE COMIDAS ESPECIALES Y ADAPTACIONES

INSTRUCCIONES

1. **Escuela/Agencia:** escriba con letra de imprenta el nombre de la escuela o agencia que le proporcionó el formulario al padre o madre.
2. **Establecimiento:** escriba con letra de imprenta el nombre del establecimiento en el que se servirán las comidas (por ejemplo: plantel escolar, guardería infantil, centro comunitario, etc.).
3. **Número de teléfono del establecimiento:** escriba con letra de imprenta el número de teléfono del establecimiento en el que se servirá la comida. Ver N.º 2.
4. **Nombre del participante:** escriba con letra de imprenta el nombre del niño o del adulto participante al que corresponde la información.
5. **Edad del participante:** escriba con letra de imprenta la edad del participante. Para menores, utilice la fecha de nacimiento.
6. **Nombre del padre, madre o tutor:** escriba con letra de imprenta el nombre de la persona que solicita la declaración médica del participante.
7. **Número de teléfono:** escriba con letra de imprenta el número de teléfono del padre, la madre o el tutor.
8. **Elija una opción:** marque (✓) un cuadro para indicar si el participante tiene alguna discapacidad o no.
9. **Discapacidad o enfermedad que requiere comida especial o adaptación:** describa la enfermedad que requiere comida especial o adaptación (por ejemplo, diabetes juvenil, alergia al cacahuate, etc.).
10. **Si el participante tiene alguna discapacidad, proporcione una breve descripción de las actividades principales de su vida que se ven afectadas por la discapacidad:** describa cómo la enfermedad o condición física afecta la discapacidad. Por ejemplo: "La alergia al cacahuate, provoca una reacción que puede poner en peligro la vida".
11. **Dieta prescrita o adaptación:** describa una dieta o adaptación específica que le ha prescrito un médico o describa las modificaciones a la dieta solicitadas debido a una enfermedad que no ocasiona discapacidad. Por ejemplo: "Todos los alimentos deben presentarse en forma líquida o puré. El participante no puede consumir ningún alimento sólido".
12. **Indicar textura:** marque (✓) un cuadro para indicar el tipo de textura de comida que se solicita. Si el participante no necesita ninguna modificación, marque "Normal".
13. **A. Alimentos que se deben omitir:** enumere los alimentos específicos que se deben omitir. Por ejemplo, "excluir leche líquida".
B. Sustituciones sugeridas: enumere los alimentos específicos que se deben incluir en la dieta. Por ejemplo, "jugo fortificado con calcio".
14. **Equipo de adaptación:** describa el equipo específico solicitado para ayudar al participante en la comida (los ejemplos pueden incluir un vaso entrenador, una cuchara con mango largo, muebles aptos para silla de ruedas, etc.).
15. **Firma de quien prepara:** firma de la persona que completó el formulario.
16. **Nombre en letra de imprenta:** nombre en letra de imprenta de la persona que completó el formulario.
17. **Número de teléfono:** número de teléfono de la persona que completó el formulario.
18. **Fecha:** fecha en que firmó la persona que completó el formulario.
19. **Firma de la autoridad médica:** firma de la autoridad médica que solicita la comida especial o adaptación.
20. **Nombre en letra de imprenta:** nombre en letra de imprenta de la autoridad médica.
21. **Número de teléfono:** número de teléfono de la autoridad médica.
22. **Fecha:** fecha en que la autoridad médica firmó el formato.

DEFINICIONES*:

“Persona con discapacidades”: se define como cualquier persona que tenga un impedimento físico o mental que lo limita sustancialmente en una o más actividades principales de la vida, tiene un registro de dicho impedimento o se considera que tiene dicho impedimento.

“Impedimento físico o mental”: significa (a) cualquier trastorno fisiológico o enfermedad, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológico; musculoesquelético; órganos sensoriales especiales; respiratorio, incluidos los órganos del habla; cardiovascular; reproductivo, digestivo, genitourinario; hemático y linfático; endocrino y de la piel; o (b) cualquier desorden mental o psicológico, como retraso mental, síndrome psiquiátrico de causa orgánica, enfermedad emocional o mental y discapacidades de aprendizaje específicas.

“Actividades principales de la vida”: son funciones como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, aprender y trabajar.

“Tiene un registro de dicho impedimento”: se define como tener antecedentes de o haber sido clasificado (o mal clasificado) como con algún impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

(*Citas de la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973)

[As a form of assistance to schools, the CDE offers this translation free of charge. Because there can be variations in translation, the CDE recommends that users confer with local translators to determine any need for additions or modifications, including the addition of local contact information or local data, or modifications in language to suit local needs. Comments regarding the translation should be directed to the Clearinghouse for Multilingual Documents at cmd@cde.ca.gov.]