



SCHOOL DISTRICT OF MONROE
PRESCRIPTION CONSENT FOR MILK ALTERNATIVE

Please complete both sections.

STUDENT NAME: _____ BIRTHDATE: _____

GRADE: _____ HOME ROOM: _____ SCHOOL: _____

* A new note or this form will need to be completed on an **annual** basis if your child receives a milk alternative at school

FOR COMPLETION BY PHYSICIAN or HEALTH CARE PROVIDER

Breakfast Alternative is: (Please choose one)

Soy Milk

Lactase (Lactaid free)

Almond Milk

Snack Break Alternative: (Please choose one)

Soy Milk

Lactase (Lactaid free)

Almond Milk

Juice

Lunch Alternative is: (Please choose one)

Soy Milk

Lactase (Lactaid free)

Almond Milk

PHYSICIAN/ PROVIDER SIGNATURE: _____ DATE: _____

Clinic Address: _____ Phone: _____

FOR COMPLETION BY PARENT

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: _____ DATE: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____



DISTRITO ESCOLAR DE MONROE
**CONSENTIMIENTO DE PRESCRIPCIÓN PARA LA
ALTERNATIVA DE LA LECHE**

Por favor complete ambas secciones.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ CUMPLEAÑOS: _____

GRADO: _____ SALA DE CASA: _____ SCHOOL: _____

* Se deberá completar una nueva nota o este formulario anualmente si su hijo recibe una alternativa a la leche en la escuela

PARA COMPLETAR POR MÉDICO o PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

La alternativa de desayuno es: (Elija una)

Leche de soja

Lactase (sin Lactaid)

Leche de almendras

Snack Break Alternative: (Please choose one)

Leche de soja

Lactase (sin Lactaid)

Leche de almendras

Juice

Lunch Alternative is: (Please choose one)

Leche de soja

Lactase (sin Lactaid)

Leche de almendras

FIRMA DEL MÉDICO/PROVEEDOR: _____ FECHA: _____

Dirección de la clínica: _____ Teléfono: _____

PARA COMPLETAR POR EL PADRE

FIRMA DEL PADRE / TUTOR: _____ FECHA: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____