

INTERNATIONAL CHARTER SCHOOL OF TRENTON

105 Grand Street Trenton, New Jersey 08611
609-394-3111 Fax 609-394-3116
www.internationalcs.org

Dear Parent/Guardian,

The New Jersey Department of Agriculture, Bureau of Child Nutrition Programs, requires that schools be made aware of any food allergies that your child may have. This may include allergies to the following:

- Peanuts or tree nuts
- Milk Products
- Wheat
- Soy Products
- Meats (Pork is never served)
- Chocolate
- Eggs
- Fish or shellfish
- Fruits

In addition to allergies, some children may not eat certain foods for religious reasons. Please notify the school of any foods that your child may not eat due to health or religious reasons.

Please complete the form below and return to school immediately.

Thank you,

Nancy Olivieri, School Nurse

Elizabeth Egyed, Lunch Services

Please complete the form below, tear it off and send it back to school.

* * * * *

Student Name: _____ Grade: _____

Food Restrictions	Reason for Restriction (Allergy, etc.)

Parent Signature: _____ Date: _____

INTERNATIONAL CHARTER SCHOOL OF TRENTON

105 Grand Street Trenton, New Jersey 08611

609-394-3111 Fax 609-394-3116

www.internationalcs.org

Estimado padres / guardián,

El Departamento de Agricultura de New Jersey, Oficina de Programas de Nutrición Infantil, requiere que las escuelas sean conscientes de las alergias a los alimentos que su hijo pueda tener. Esto puede incluir alergias a la siguiente:

Los cacahuetes o Nueces de árbol
Productos Leche
Trigo
Productos de Soya
Chocolate

Pescado o marisco
Huevos
Frutas
Carnes (cerdo nunca se sirve)

Además de las alergias, algunos niños no pueden comer ciertos alimentos por motivos religiosos. Por favor notifique a la escuela de cualquier alimento que su hijo no puede comer debido a razones de salud o religiosas.

Por favor complete el siguiente formulario y devolverlo a la escuela inmediatamente.

Gracias,

Nancy Olivieri, Enfermera de la Escuela

Elizabeth Egyed, Servicios de Comida

Por favor complete el formulario a continuación, rómpalo y envíelo de vuelta a la escuela.

* * * * *

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Restricciones Alimenticias	Motivo de la restricción (Alergia, etc.)

Firma del Padre: _____ Fecha: _____