



Channelview Independent School District
 828 Sheldon Road
 Channelview, Texas 77530

REQUEST FOR FOOD ALLERGY INFORMATION 2018-2019

Channelview ISD must request, at the time of enrollment, that the parent or guardian of each student attending the District discloses the student's food allergies. This form will satisfy this requirement. Additional information regarding food allergies, including maintaining records related to a student's food allergies, can be found in the district handbook policy online under FD and FL.

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.

"Severe food allergy" means a dangerous or life-threatening reaction of the human body to a food-borne allergen introduced 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 allergic reaction to the food. **If your student does NOT have any food allergies please write NONE under Food; fill out your student's information, sign, print your name and date below.**

Food:	Nature of allergic reaction to the food

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 Educational Rights and Privacy Act and District policy. [See FL]

Student name: _____ Date of birth: _____ Grade: _____

1. Has this food allergy been diagnosed by a health care provider? Yes No (If Yes, please provide a physician note to the school nurse)
2. Does your child have an EpiPen? Yes No

If your child has an EpiPen, one should be provided to the school. **If your child does not have an EpiPen, necessary medical attention may be delayed while Emergency Services are called for. Please circle will or will NOT on the below statement.**

I will/ will NOT provide an EpiPen to the school.

 Parent/Guardian Signature

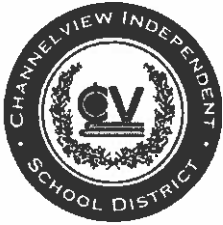
 Parent/Guardian Printed Name

 Date Signed

OFFICE USE ONLY

Date form was received by the school: _____

Last Updated: 5/22/2018



Channelview Independent School District
 1403 Sheldon Road
 Channelview, Texas 77530

SOLICITUD DE INFORMACION SOBRE LA ALERGIA ALIMENTARIA 2018-2019

El Distrito Independiente de Channelview requiere que en el momento de la inscripción, el padre/madre o tutor de cada estudiante asistiendo al distrito revele las alergias alimentarias del estudiante. Este formulario satisface este requisito. Información adicional acerca de las alergias alimentarias, incluyendo el mantenimiento de registros relacionados con las alergias alimentarias del estudiante, puede encontrarse en el manual de política del distrito en línea bajo FD y FL.

Este formulario le permite revelar si su hijo tiene una alergia alimentaria o alergia alimentaria grave que usted cree que debe ser revelada al distrito para permitir que el distrito tome las precauciones necesarias para la seguridad del niño.

"La alergia alimentaria grave" significa una peligrosa o potencialmente mortal reacción del cuerpo humano a un alérgeno alimentario presentado por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

Haga una lista de los alimentos a los que su hijo es alérgico o severamente alérgico, así como la reacción alérgica de su hijo a los alimentos. Si su hijo no tiene ninguna alergia alimentaria, por favor escribe "Ninguna" bajo la sección Comida, llene la información del estudiante, firme, escriba su nombre y ponga la fecha.

Comida:	La naturaleza de la reacción alérgica a alimentos

El distrito mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y podrá revelar la información a maestros, consejeros escolares, la enfermera de la escuela y otro personal escolar apropiado solamente dentro de las limitaciones de los derechos educativos de la familia y la Ley de privacidad y la política del Distrito. [Ver FL]

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

- ¿Esta alergia alimentaria ha sido diagnosticada por un médico? Sí No (en caso de que Sí, proporcione una nota del médico a la enfermera de la escuela)
- ¿Su hijo tiene un estuche de epinefrina (EpiPen)? Sí No

Si su hijo tiene un estuche de epinefrina (EpiPen), uno debe ser proporcionado a la escuela. Si su hijo no tiene un estuche de epinefrina (EpiPen), atención médica necesaria podría retrasarse mientras se llama a los servicios de emergencia. Por favor circule uno en la siguiente declaración.

Voy/ No voy a proporcionar un estuche de epinefrina (EpiPen) a la escuela.

 (Firma del padre/madre/tutor) (Nombre en letra de molde del padre/madre/tutor) (Fecha firmado)

(Uso de la oficina solamente Date form was received by the school: _____)