

REQUEST FOR FOOD ALLERGY INFORMATION

Dear Parent:

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 in inhalation, ingestion, or skin contact that requires immediate medical attention.

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

Food:	Nature of allergic reaction to the food:	Life-Threatening?

No Information to Report

Have you previously disclosed this information to Tomball ISD? _____

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's Last Name **Student's First Name** **Student's Middle Name**

Student's Date of Birth **School** **Student's Grade**

Parent/Guardian Last Name **Parent/Guardian First Name**

Cell Phone Number **Home Phone Number** **Work Phone Number**

Parent/Guardian Signature **Date**

Date form was received by the school: _____ *Received by:* _____

Date form was received by the school clinic: _____ *Received by:* _____

SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE ALERGIA A LA COMIDA

Estimado Padre:

El presente formulario le permite declarar si su hijo/a tiene alergia o alergia grave a una comida que crea que debe declarar al Distrito para permitirle tomar las precauciones necesarias por la seguridad de su hijo/a.

“Alergia Grave a una Comida” significa una reacción peligrosa o con riesgo de muerte que tiene el cuerpo humano ante un alérgeno causado por un alimento que se introduce por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiera de una atención médica inmediata.

Por favor escriba todas las comidas a las que su hijo/a sea alérgico/a o gravemente alérgico/a y la naturaleza de la reacción alérgica a esa comida.

Comida	Naturaleza de la reacción alérgica a la comida	¿Riesgo de Muerte?

No hay información para suministrar.

¿Ha declarado esta información anteriormente a Tomball ISD? _____

El Distrito mantendrá la confidencialidad de la información arriba proporcionada; podrá transmitir la información a los maestros, a los consejeros escolares, a las enfermeras de la escuela y a cualquier otro personal de la escuela que corresponda únicamente dentro de las limitaciones de la Ley de Derechos Educativos y de Privacidad de la Familia y del FL de la política del Distrito.

_____	_____	_____
Apellido paterno del estudiante	Primer nombre	Segundo nombre
_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	Escuela	Grado
_____	_____	
Apellido paerno del Padre / Tutor	Primer nombre	
_____	_____	_____
Teléfono celular	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo
_____	_____	
Firma del Padre / Tutor	Fecha	