



**SAUSD Nutrition Services
Parent Authorization
Student Removal from Medical Meals Accommodation List**

**Departamento de Servicios de Nutrición SAUSD
Autorización de los padres
Para remover a los estudiantes de la lista de comidas especiales**

Student Name/Nombre del alumno _____

Student ID Number/Número de Identificación del Estudiante _____

School Site/Nombre de la Escuela _____

I authorize SAUSD Nutrition Services to remove my child from the Medical Meals Accommodation List.
Autorizo al departamento de Servicios de Nutrición de SAUSD a remover/eliminar a mi hijo de la lista de comidas especiales.

My child (please circle one)/ Mi hijo (marque uno):

- A. Can manage their own diet restrictions/Puede manejar sus propias restricciones de dieta.
- B. No longer has special dietary needs/Ya no tiene necesidades dietéticas especiales.

Parent Name/Nombre del padre o tutor _____

Parent Signature/Firma del Padre o tutor _____

Date/Fecha _____