

**Medical Statement
Participants with Disabilities**

Часть I Заполняется спонсором или родителем/опекуном
Part I To be completed by Sponsor or Parent/Guardian

Имя участника: _____

Часть II Должна быть заполнена *только* медицинским специалистом с государственной лицензией, у которого есть право выписывать медицинские рецепты согласно Государственному закону*

Part II To be completed *only* by a State licensed health care professional who is authorized to write medical prescriptions under State law*

Diagnosis (include description of the patient's disability and the major life activity or major bodily function affected by the disability):

Does the disability restrict the patient's diet? Yes _____ No _____

If yes, list how disability restricts diet:

Diet Plan:

Foods to be omitted from diet:

Foods to be substituted (include modifications of texture or consistency that may be necessary):

Date: _____ Signature of Licensed Physician: _____

*Кандидат медицинских наук (к.м.н.); врач-остеопат; врач-натуропат; помощник врача; сертифицированная медсестра или частнопрактикующая медсестра-специалист; доктор стоматологии; доктор-стоматолог в области хирургии; доктор-офтальмолог

*Medical Doctors of Medicine (MD); Doctors of Osteopathy (DO); Doctors of Naturopathy (ND); Physician's Assistant (PA); Certified nurse practitioner or clinical nurse specialist; Doctor of Dental Medicine (DMD); Doctor of Dental Surgery (DDS); Doctor of Optometry (OD)

Это ведомство предоставляет всем равные возможности.