

**Medical Statement
Participants without Disabilities**

Часть I Заполняется спонсором или родителем/опекуном

Part I To be completed by Sponsor or Parent/Guardian

Имя участника программы: _____

Часть I Должна быть заполнена медицинским специалистом с государственной лицензией, у которого есть право выписывать медицинские рецепты согласно Государственному закону* или дипломированной медсестры (RN) или зарегистрированным диетологом (RD).

Part II To be completed by a State licensed health care professional who is authorized to write medical prescriptions under State law* or a Registered Nurse (RN) or a Registered Dietitian (RD).

Diagnosis (include description of the patient's medical or other special dietary needs that restrict the patient's diet)

List foods to be omitted from diet:

List foods to be substituted:

Date _____ Signature of Medical Authority _____

*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.