



طلب استبدال الحليب - رعاية الطفل (حاجة غير طبية/تفضيل الوالدين)

برنامج الغذاء لرعاية الأطفال والكبار (Child and Adult Care Food Program, CACFP)

إذا كان طفلك لا يستطيع شرب حليب الأبقار التقليدي بسبب تفضيل الوالدين أو بسبب حاجة غذائية خاصة لكنه لا يعاني من إعاقة طبية مشخصة، قد تختار أنت أو مركز رعاية الطفل تقديم بديل للحليب أو خيار حليب سائل بديل. إذا تم تقديم أي من الخيارات 1 - 3 المدرجة أدناه، فيجب إكمال هذا النموذج. يُرجى ملاحظة أنه لا يمكن تقديم المشروبات غير المشتقة من الحليب المنكهة أو خيارات بديل الحليب السائل المنكهة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين سنة واحدة و 5 سنوات.

1. بديل الحليب المعتمد من قبل مكتب المشرف على التعليم العام (Office of Superintendent of Public Instruction, OSPI)

راجع قائمة [بديل الحليب المعتمد من قبل OSPI](#) لمعرفة الخيارات الممكنة.

2. بديل الحليب السائل غير المشتق من الحليب

تسمح وزارة الزراعة الأمريكية (U.S. Department of Agriculture, USDA) بتقديم أي بديل حليب مكافئ في القيمة الغذائية لحليب الأبقار السائل. يعني هذا أنه يجب أن يفي (لكل 1 كوب/8 أونصة) من بديل الحليب بكل قيمة عنصر غذائي مدرج هنا أو يتجاوزها.

يجب أن يحتوي المنتج على العناصر الغذائية التالية لكل 1 كوب:	العنصر الغذائي
276 مليجرام	الكالسيوم
8 جرام	البروتينات
500 وحدة دولية أو 150 ميكروجرام	فيتامين أ
100 وحدة دولية أو 2.5 ميكروجرام	فيتامين د
24 مليجرام	المغنيسيوم
222 مليجرام	الفوسفور
349 مليجرام	البوتاسيوم
0.44 مليجرام	الريبوفلافين
1.1 ميكروجرام	فيتامين ب-12

3. خيار الحليب السائل البديل

تشمل أنواع الحليب الأخرى القابلة للاعتماد والتي يمكن أن تقدم عوضًا عن حليب الأبقار التقليدي الحليب المُخَمَّض، وحليب الأسيدوفيلوس، والحليب الرائب (المُعد تجاريًا)، وحليب الماعز، وحليب الكفير، والحليب الخالي من اللاكتوز أو منخفض اللاكتوز (مثل لاكتيد)، والحليب العضوي. يُرجى ملاحظة: يجب تقديم الحليب كامل الدسم للأطفال من سن 12 إلى 24 شهرًا، ويُقدم الحليب منزوع الدسم أو الحليب بنسبة 1% للأطفال بداية من سن سنتين فما فوق لجميع هذه الخيارات.

اسم الطفل: _____

حدد سبب حاجة طفلك لبديل الحليب: _

اسم بديل الحليب غير المشتق من الحليب أو خيار الحليب السائل البديل: _____

مقدم من قبل: (يرجى تحديد واحد فقط)

- ☐ أطلب أن يُقدم مركز رعاية الطفل هذا الخيار. أدرك أن المركز قد يرفض الطلبات التي لا تستند إلى حاجة طبية مشخصة.
- ☐ سأقدم أنا هذا المشروب.

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____

التاريخ: _____