

Child and Adult Care Food Program CHILD ENROLLMENT FORM

Child Care Centers/Head Start Programs

CACFP Sponsor Name/Site Name _____

A SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR EL PADRE/MADRE/TUTOR

El CACFP reembolsa a los centros por servir comidas nutritivas y bien balanceadas a los niños a los que cuidan. Complete la siguiente tabla para todos los niños que asisten a la guardería. Firme, feche y presente la tabla al centro. Utilice formularios adicionales si es necesario. Los padres/tutores de todos los niños deben completar la sección de Selección de leche de fórmula para lactantes.

Nombres de los niños	Horas habituales en la guardería		Comidas que normalmente recibe y días que habitualmente asiste
	Ingrese la <u>hora</u> a la que su hijo generalmente <i>llega</i> cada día.	Ingrese la <u>hora</u> a la que su hijo generalmente se <i>va</i> cada día.	
Apellido:	_____ Hora	_____ Hora	Comidas habituales mientras está en la guardería Desayuno Bocadillo a.m. Almuerzo Bocadillo p.m. Cena Bocadillo noche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
			Días de la semana en que habitualmente asiste Lun. Mar. Miér. Jue. Vier. Sáb. Dom. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Apellido	_____ Hora	_____ Hora	Comidas habituales mientras está en la guardería Desayuno Bocadillo a.m. Almuerzo Bocadillo p.m. Cena Bocadillo noche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
			Días de la semana en que habitualmente asiste Lun. Mar. Miér. Jue. Vier. Sáb. Dom. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Apellido	_____ Hora	_____ Hora	Comidas habituales mientras está en la guardería Desayuno Bocadillo a.m. Almuerzo Bocadillo p.m. Cena Bocadillo noche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
			Días de la semana en que habitualmente asiste Lun. Mar. Miér. Jue. Vier. Sáb. Dom. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Apellido	_____ Hora	_____ Hora	Comidas habituales mientras está en la guardería Desayuno Bocadillo a.m. Almuerzo Bocadillo p.m. Cena Bocadillo noche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nombre	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
			Días de la semana en que habitualmente asiste Lun. Mar. Miér. Jue. Vier. Sáb. Dom. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nombre del padre/madre/tutor en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____

SELECCIÓN DE LECHE DE FÓRMULA PARA LACTANTES Complete la siguiente sección si el niño indicado anteriormente es un bebé menor de un año de edad.

Este centro ofrece leche de fórmula para lactantes _____ (indicar la marca) fortificada con hierro.

Selecciona una opción:

Acepto la leche de fórmula proporcionada por el centro

No acepto la leche de fórmula proporcionada por el centro

Entiendo que al negarme a aceptar la leche de fórmula proporcionada por el centro, estoy de acuerdo en proporcionar leche materna o leche de fórmula para mi hijo.

Si yo proporciono la leche de fórmula, debe estar en la lista de leches de fórmula aprobadas para el centro para el reembolso por la comida.

Actualizaciones: <i>(al menos anual)</i>	El padre/madre/tutor que firma este formulario certifica que la información de inscripción es correcta. Si la información ha cambiado, el padre/madre/tutor ha hecho los cambios apropiados en el formulario y colocado sus iniciales en el cambio. <i>Si hay muchos cambios, complete un formulario nuevo.</i>	
Primera actualización	Firma del padre/madre/tutor:	Fecha
Segunda actualización	Firma del padre/madre/tutor:	Fecha
Tercera actualización	Firma del padre/madre/tutor:	Fecha
Cuarta actualización	Firma del padre/madre/tutor:	Fecha

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.