

Child and Adult Care Food Program CHILD ENROLLMENT FORM

Child Care Centers/Head Start Programs

CACFP Sponsor Name/Site Name _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ

CACFP возмещает центрам расходы по предоставлению здорового, хорошо сбалансированного питания в виде блюд и перекусов для детей, посещающих центры.

Заполните данную таблицу на всех детей, посещающих центр. Поставьте подпись, дату и сдайте в центр. При необходимости используйте дополнительные формы. Родители/опекуны всех младенцев должны заполнить раздел по выбору детской смеси.

Имена детей	Кол-во часов, проводимых в центре		Обычное питание и дни посещения
	Время дня, когда ваш ребёнок обычно <i>приходит</i>	Время дня, когда ваш ребёнок обычно <i>уходит</i>	
Фамилия: _____	_____	_____	Обычное питание в центре Завтрак 1-й перекус Обед 2-й перекус Ужин 3-й перекус <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Имя _____	время	время	
	<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера	<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера	Обычные дни посещения в течении недели Пн Вт Ср Чт Пт Сб Вс <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Фамилия _____	_____	_____	Обычное питание в центре Завтрак 1-й перекус Обед 2-й перекус Ужин 3-й перекус <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Имя _____	время	время	
	<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера	<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера	Обычные дни посещения в течении недели Пн Вт Ср Чт Пт Сб Вс <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Фамилия _____	_____	_____	Обычное питание в центре Завтрак 1-й перекус Обед 2-й перекус Ужин 3-й перекус <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Имя _____	время	время	
	<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера	<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера	Обычные дни посещения в течении недели Пн Вт Ср Чт Пт Сб Вс <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Фамилия _____	_____	_____	Обычное питание в центре Завтрак 1-й перекус Обед 2-й перекус Ужин 3-й перекус <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Имя _____	время	время	
	<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера	<input type="checkbox"/> утра <input type="checkbox"/> вечера	Обычные дни посещения в течении недели Пн Вт Ср Чт Пт Сб Вс <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Имя родителя/опекуна печатными буквами: _____ Дата: _____

Подпись родителя/опекуна: _____

ВЫБОР ДЕТСКОЙ СМЕСИ: Заполняется, если какой-либо из вышеуказанных детей является младенцем до одного года

Центр предоставляет обогащённую железом детскую смесь _____ (наименование производителя).

Отметьте один ответ: Я принимаю предоставляемую центром молочную смесь
 Я отказываюсь от предоставляемой центром молочной смеси

Я понимаю, что, отказываясь от предоставляемой центром молочной смеси, я тем самым соглашаюсь обеспечить грудным молоком или молочной смесью моего ребёнка. Если я предоставляю молочную смесь, то она должна входить в утверждённый список смесей, чтобы центр мог возместить затраты на питание.

Обновление формы: (как минимум ежегодно)	Родитель/опекун, подписывающий данную форму, удостоверяет, что регистрационная информация является верной. Если информация изменилась, родитель/опекун внёс соответствующие изменения в форму и заверил их своими инициалами. <i>Если изменений много, заполните, пожалуйста, новую форму.</i>	
1-ое обновление формы	Подпись родителя/опекуна	Дата
2-ое обновление формы	Подпись родителя/опекуна	Дата
3-е обновление формы	Подпись родителя/опекуна	Дата
4-ое обновление формы	Подпись родителя/опекуна	Дата

Это ведомство предоставляет всем равные возможности.