

Formulario para Inscripción de Infantes y Niños

INSTITUTION NAME: _____ FACILITY NAME: _____ AGREEMENT#: _____

Estimado Padre/Tutor,

Este centro/programa recibe fondos de los Estados Unidos Departamento de Agricultura (USDA) Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP). CACFP necesita prueba de inscripción para **todos** los niños. Por favor complete la tabla de abajo para cada niño de su familia que esté inscrito en este centro/programa. Asegúrese de firmar y fechar en el espacio de abajo. Gracias.

La siguiente información debe ser completada por el padre o tutor.

Primer Nombre del Participante	Apellido(s) del Participante	Fecha de Nacimiento	Horario normal/típico de atención	Días normales/típicos de atención (marque todos los que corresponden)	Comidas habituales (Marque todos los que corresponden)
			_____ a _____	L M X J V S D	B AM L PM S LPM
			_____ a _____	L M X J V S D	B AM L PM S LPM
			_____ a _____	L M X J V S D	B AM L PM S LPM
			_____ a _____	L M X J V S D	B AM L PM S LPM
			_____ a _____	L M X J V S D	B AM L PM S LPM

Horario normal/típico de atención: Por favor, escriba la hora habitual de llegada y salida de cada niño. Indique a.m. o p.m. (tarde).

Días normales de cuidado: Por favor, marque con un círculo los días de la semana en que cada niño asiste habitualmente al centro.

(L-Lunes; M-Martes; X- Miércoles; J-Jueves; V-Viernes; S-Sábado; D-Domingo)

Comidas habituales: Marque con un círculo las comida que cada niño habitualmente come en el Centro.

(B-Desayuno; AM-Merienda AM; L-Almuerzo; PM-Merienda PM; S-Cena; LPM-Merienda de noche)

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Imprima el Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono del hogar: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

For Facility/Provider Use Only:

Signature of Facility Representative/Provider: _____ Date: _____

Date each child withdrew: _____

For State Use Only: Complete: _____ Incomplete _____ Reason: _____ Verified by: _____ Date: _____