

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL
PROGRAMA DE ALIMENTACION INFANTIL

Inicial del Proveedor: _____

Fecha: _____

Usted ha elegido un servicio de cuidado diurno que participa en el Programa de Alimentos de Cuidado Diurno para Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de EE.UU., (USDA). Nuestra meta es para ayudarle a entregar a su hijo comidas/tentempies nutritivos. Esta información puede ser verificada. Las horas de comida, el patrón de comidas y los menús diarios deben ser publicados y están disponibles para los padres en todo momento. Si tiene preguntas o comentarios, o le gustaría saber más sobre el Programa de Alimentos de Cuidado Diurno para Niños y Adultos, póngase en contacto con nuestra oficina.

Nombre del Director: _____ Nombre de la guardería: _____

Teléfono de la guardería: _____ Dirección de la guardería: _____

Los reglamentos federales CFR 226.15(e)(2) de USDA exige conocer la siguiente información.

Deseo inscribir a mi hijo(s), cuyo nombre e información de inscripción se indican abajo, en el Programa de Alimentos de Cuidado Diurno para Niños y Adultos del USDA. Entiendo que este programa reembolsa a las guarderías diurno por servir comidas/tentempies equilibrados y nutritivos a los niños que asisten al mismo.

Mi(s) hijo(s) recibirán las siguientes comidas:

___ Desayuno ___ Tentempie AM ___ Almuerzo ___ Tentempie PM ___ Cena ___ Otro _____

Información del niño(s)-en letras de imprenta, por favor

Nombre	Apellido	Edad	Fecha de Nacimiento	Horario de Cuidado	Días de Semana <small>Marcar a través de los días</small>	Sexo
				De las a las	Dom /L /M /M /J /V/Sab	M F
				De las a las	Dom /L /M /M /J /V/Sab	M F
				De las a las	Dom /L /M /M /J /V/Sab	M F
				De las a las	Dom /L /M /M /J /V/Sab	M F

Anote aquí si su(s) hijo(s) tiene(n) alergias a alimentos o necesidades dietéticas específicas: _____

Nombre del Médico: _____

En caso de emergencia, llame a: _____

Teléfono del Médico: _____

Casa/Cellular: _____ Trabajo: _____

Dirección de casa: _____

Entiendo que mi hijo(s) recibirá(n) alimentos sin ningún costo adicional para mí mientras estén siendo cuidados durante las horas programadas de comidas y reciben alimentos. Entiendo que la guardería no puede ni debe discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo la identidad de género o la orientación sexual) o discapacidad. No habrá ninguna discriminación en las normas de admisión, servicio de comidas o uso del centro. Todas las quejas deben dirigirse a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720.5964 (voz y TDD) USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Firma del Padre/Madre: _____

Fecha: _____

(Formulario válido por un año a partir de la fecha de hoy)