

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL  
PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN INFANTIL  
(a completar por el padre o tutor)**

Inicial del Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_  
(Formulario válido por un año a contar de la fecha de hoy)

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 ayudarle a entregar a su hijo comidas/tentempiés nutritivos. Esta información de inscripción puede ser verificada. Las horas de comida, el patrón de comidas y los menús diarios deben ser publicados y estar 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 Prestador/Director \_\_\_\_\_

Nombre del Centro de Cuidado Diurno \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

**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 los centros de cuidado diurno por servir comidas/tentempiés equilibrados y nutritivos a los niños que asisten al mismo.

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

**(Haga un círculo en las respuesta que correspondan)**      Desayuno      Tentempié AM  
Almuerzo      Tentempié PM      Otro \_\_\_\_\_

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

Nombre	Apellido	Edad	Fecha de Nacimiento	Horario de Cuidado	Días de la Semana <small>(circule las alternativas correctas)</small>	Sexo
			/ /	desde hasta	SAB - DOM L - M - M - J - V	M F
			/ /	desde hasta	SAB - DOM L - M - M - J - V	M F
			/ /	desde hasta	SAB - DOM L - M - M - J - V	M F

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

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico: \_\_\_\_\_

Entiendo que mi hijo(s) recibirá alimentos sin ningún costo adicional para mi mientras estén siendo cuidados durante las horas programadas de comidas y reciban alimentos. Entiendo que el centro de cuidado diurno no puede ni debe discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo 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.

En caso de emergencia, llame al: CASA # \_\_\_\_\_ TRABAJO # \_\_\_\_\_

Dirección del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(inscripción 2007)

formulano valido por un ano contrar de la fecha de hoy