



## 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: \_\_\_\_\_