

Formulario de Inscripción del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos

Este centro o programa participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP). El programa de alimentos proporciona dinero federal en forma de reembolso al centro por comidas y refrigerios servidos a niños bajo cuidado, a través del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Programas de Nutrición Infantil. Estamos obligados a recopilar esta información de inscripción y la firma de los **padres** **anualmente**. Por favor, complete el formulario siguiente y devuélvanoslo. **Por favor, complete un formulario por separado para cada niño.**

Nombre del centro					
Nombre del niño					
Fecha de nacimiento del niño					
Días normales en cuidado (seleccione √)	☐ Lu ☐ Ma ☐ Mi ☐ Ju ☐ Vi ☐ Sá ☐ Do				
Horas/días normales de cuidado (Si las horas varían según el día, especifique)	Lunes				
	Martes				
	Miércoles				
	Jueves				
	Viernes				
	Sábado				
	Domingo				
Comidas/refrigerios recibidos bajo cuidado	☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Cena ☐ Refrigerio por la mañana ☐ Refrigerio por la tarde ☐ Refrigerio por la noche				
Necesidades de dietas especiales:	Este niño tiene una alergia alimentaria o una necesidad de dieta especial. ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, indique:				
Datos étnicos	Hispano o latino		Ni hispano, ni latino		
Datos raciales	Negro o afroamericano	Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico	Indio americano o nativo de Alaska	Asiático	Blanco
Firma del padre/madre:		Fecha:		Nombre en mayúscula:	
Dirección postal	Dirección/apartado postal				
	Ciudad, Estado, Código Postal				
Número de teléfono					

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Child and Adult Care Food Program Enrollment Form

This center or program participates in the Child and Adult Care Food Program (CACFP). The food program provides federal money in the form of reimbursement to the center for meals and snacks served to children in care, through the United States Department of Agriculture's Child Nutrition Programs. We are required to collect this enrollment information and **parent signature annually**. **Please complete the form below and return it to us. Please complete a separate form for each child.**

Center Name					
Child's Name					
Child's Date of Birth					
Normal Days in Care (select √)	☐ Mon ☐ Tues ☐ Wed ☐ Thu ☐ Fri ☐ Sat ☐ Sun				
Normal Hours/Days of Care (If hours vary depending on the day, please specify)	Mon				
	Tuesday				
	Wednesday				
	Thursday				
	Friday				
	Saturday				
	Sunday				
Meals/Snacks received while in care	☐ Breakfast ☐ Lunch ☐ Dinner ☐ Morning snack ☐ Afternoon snack ☐ Evening Snack				
Dietary Needs:	This child has a food allergy or special dietary need ☐ No ☐ Yes If yes, please specify:				
Ethnic data	Hispanic or Latino		Not Hispanic or Latino		
Racial data	Black or African American	Native Hawaiian or other Pacific Islander	American Indian or Alaskan Native	Asian	White
Parent Signature:			Date:		Print:
Postal Address	Address/ PO Box				
	City, State, Zip Code				
Phone Number					

This institution is an equal opportunity provider.