

ANGELS CHILD CARE FOOD PROGRAM

13200 CROSSROADS PKWY. N. SUITE 155 - CITY OF INDUSTRY, CA. 91746
 (888) 375-5155 (NUEVO) FAX (562) 908-0501

SOLICITUD DE INSCRIPCION

NUMERO DE PROVEDORA	NOMBRE DE PROVEDORA	NUMERO DE TELEFONO
---------------------	---------------------	--------------------

ESTA INSCRIPCIÓN TIENE QUE SER FIRMADO POR EL PADRE/MADRE DEL NIÑO, CON TODA LA INFORMACION CORRECTA Y CORRIENTE.

LA OFICINA DE ANGELSCCFP DEBE RECIBIR INSCRIPCIÓN DENTRO DE 5 DÍAS QUE EL NIÑO COMIENZE SU GUARDERIA

<u>NOMBRE DE NINOS (UNO PRO NINO)</u>	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	FECHA DE INSCRIPCION O RENOVACION	Horario			
				LLEGA A LA GUARDERIA	ENTRA A ESCUELA	SALE DE ESCUELA	SE RETIRA De la Guarderia
Child #							

SCHOOL INFO:	<p style="text-align: center;">INFANTES (TIENE MENOS DE 1 AÑO)</p> <p>Marca de formula <u>Formula Infantil con Hierro(FICH)</u> ofrecida por proveedora : _____</p> <p>Padre proveera leche materna o FIFH (escriba la marca FICH): _____</p> <p>Proveedora proveera FICH (padre acepta la marca arriba): <u>SI</u> <u>NO</u></p> <p>Se requiere que su proveedora ofrezca la <u>Formula Infantil con Hierro</u> (FICH) a su nino y debe informarle de la marca ofrecida. Usted tiene la opcion de usar esta formula basada en sus preferencias y las necesidades de su infante. Usterd puede elegir a proveer leche materna o' formula infantil con hierro para su infante.</p>	<p style="text-align: center;">ELIJA UNA OPCION DE ALIMENTO:</p> <p>Proveedora proveera comida: Si No</p> <p>Padre proveera comida: Si No</p> <p>Quando su nino tiene cuatro (4) meses o mas y su desarrollo esta listo para comida para bebes, se requiere que su proveedora ofrezca alimentos adicionales.</p>
AM Head-start _____ PM Head-start _____ AM Kindergarten _____ PM Kindergarten _____ Escuela durante todo el año _____ Escuela tradicional _____		

POR MEDIO DE ESTA FIRMA LE DOY EL PERMISO AL PROGRAMA DE ANGELS CCFP DE TOMAR FOTOS DE MI NIÑOS MIENTRAS QUE PARTICIPAN EN EL PROGRAMA DE COMIDA ANGELS CCFP.

X	FIRMA DE PADRE/MADRE	FECHA DE FIRMA																														
Verifique los días de cuidado:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 16.6%;">Lunes</th> <th style="width: 16.6%;">Martes</th> <th style="width: 16.6%;">Miercoles</th> <th style="width: 16.6%;">Jueves</th> <th style="width: 16.6%;">Viernes</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">DESAYUNO____</td> <td style="padding: 5px;">DESAYUNO____</td> <td style="padding: 5px;">DESAYUNO____</td> <td style="padding: 5px;">DESAYUNO____</td> <td style="padding: 5px;">DESAYUNO____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">BOCADILLO AM _____</td> <td style="padding: 5px;">BOCADILLO AM _____</td> <td style="padding: 5px;">BOCADILLO AM _____</td> <td style="padding: 5px;">BOCADILLO AM _____</td> <td style="padding: 5px;">BOCADILLO AM _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">LONCHE _____</td> <td style="padding: 5px;">LONCHE _____</td> <td style="padding: 5px;">LONCHE _____</td> <td style="padding: 5px;">LONCHE _____</td> <td style="padding: 5px;">LONCHE _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Bocadillo PM _____</td> <td style="padding: 5px;">Bocadillo PM _____</td> <td style="padding: 5px;">Bocadillo PM _____</td> <td style="padding: 5px;">Bocadillo PM _____</td> <td style="padding: 5px;">Bocadillo PM _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Cena _____</td> <td style="padding: 5px;">Cena _____</td> <td style="padding: 5px;">Cena _____</td> <td style="padding: 5px;">Cena _____</td> <td style="padding: 5px;">Cena _____</td> </tr> </table>	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	DESAYUNO____	DESAYUNO____	DESAYUNO____	DESAYUNO____	DESAYUNO____	BOCADILLO AM _____	BOCADILLO AM _____	BOCADILLO AM _____	BOCADILLO AM _____	BOCADILLO AM _____	LONCHE _____	LONCHE _____	LONCHE _____	LONCHE _____	LONCHE _____	Bocadillo PM _____	Bocadillo PM _____	Bocadillo PM _____	Bocadillo PM _____	Bocadillo PM _____	Cena _____	Cena _____	Cena _____	Cena _____	Cena _____	Horas Varian _____ Dias Varian _____ Se quedan la noche _____
Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes																												
DESAYUNO____	DESAYUNO____	DESAYUNO____	DESAYUNO____	DESAYUNO____																												
BOCADILLO AM _____	BOCADILLO AM _____	BOCADILLO AM _____	BOCADILLO AM _____	BOCADILLO AM _____																												
LONCHE _____	LONCHE _____	LONCHE _____	LONCHE _____	LONCHE _____																												
Bocadillo PM _____	Bocadillo PM _____	Bocadillo PM _____	Bocadillo PM _____	Bocadillo PM _____																												
Cena _____	Cena _____	Cena _____	Cena _____	Cena _____																												
Verifique por favor las comidas sus niños (✓) reciben normalmente mientras en cuidado.																																

Nacionalidad de origen de sus niños: Aunque usted no esta obligado a proporcionar esta información, su cooperación nos ayudará a cumplir con la ley federal de derechos civiles. Si usted se neiga a proporcionar esta información, la participación de su niños en el programa de Nutrición no sera afectada. La recopilación de esta información se lleva a cabo de acuerdo al Titulo VI de los Derechos Civiles del Tratado de 1964 para llenar requisitos de reportes estadísticos unicamente.

CIRCULE LA QUE APLIQUE: 1-INDIO AMERICANO 2-ASIÁTICO 3-ISLA DEL PACIFICO 4-NEGRO 5-HISPANO 6-BLANCO CIRCULE LA QUE APLIQUE: **SI**-PARTICIPA EN EL PROGRAMA **NO**-PARTICIPA EN EL PROGRAMA

CIRCULE LA QUE APLIQUE: NINO DE PROVEDORA – NINO DE AYUDANTE – FOSTER DE PROVEDORA – NINO DE GUARDERIA – MIGRANTE – DISCAPACITADO

Firma de Padre/Madre	Nombre Impreso	Fecha de Firma
X		
Dirección	Ciudad	Coligo
(DIRECCIONES de P. O. BOX No se aceptan en la inscripcion)		
Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo	Alergiás de Alimentos

No Discriminación: El programa de nutrición está disponible para todos sin importar raza, color, nacionalidad de origen, edad, sexto o incapacidad física. Si alguien siente que ha sido discriminado, puede escribir a: Secretary of Agriculture, Washington, D.C. 20250

ES LA RESPONSABILIDAD DE PROVEDORA DE INFORMAR A EL PROGRAMA DE ANGELS CCFP DE CUALQUIER CAMBIO QUE PERTANESCA AL INSCRIPCIÓN ORIGINAL DENTRO DE LA SEMANA QUE OCCURA.

***Previous Enrollment Date If Renewal: _____ Date Office Received: _____**