

HOJA DE TRABAJO DE INSCRIPCIÓN Orem Child Care Nutrition Program

563 W 1700 N

Orem

UT 84057

INFORMACIÓN DE NIÑO:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Inscripción: ____/____/____ Sexo: ____ Masculino ____ Femenina

INFORMACIÓN SOBRE PADRE:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: ____ Masculino ____ Femenina Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Teléfono de Trabajo: (____) ____ - ____

Correo electrónico: _____

OPCIÓN DE FÓRMULA:

OPCIÓN DE COMIDA:

____ Padre Proveera Leche de Pecho o Fórmula ____ Proveera Alimento Adicional y Rechaza Comida de la Proveedora
____ Padre Acepta Fórmula Proveida por Proveedora ____ Proveedora Proveera Comida Adicional Cuando el Desarrollo Sea Apropiado

Nombre de Fórmula del Padre: _____

INFORMACIÓN ESCOLAR:

RAZA DEL NIÑO:

____ Edad Escolar ____ Jardín Infantil AM ____ Headstart AM ____ Hispano/Latino ____ Negro o Africano Americano
____ Escuela de casa ____ Jardín Infantil pM ____ Headstart PM ____ Blanco (No hispano) ____ Amerindio / Natal de Alaska
____ Todo el Año Escuela ____ Jardín Infantil Todo el Día ____ Headstart Todo el Día ____ Asiático ____ Hawaiano Natal / Isleño Pacífico

Nombre de Escuela: _____

Número de Escuela: _____ Distrito Escolar: _____

Tiempo Escuela Sale: ____ : ____ AM / PM Tiempo de Vuelta: ____ : ____ AM / PM

Días Asistiendo a Escuela: ____ LUN ____ MAR ____ MIE ____ JUE ____ VIE

ASISTENCIA DE NIÑO:

Anticipo los Días que Participará Mi Niño Será: ____ LUN ____ MAR ____ MIE ____ JUE ____ VIE ____ SAB ____ DOM ____ Días Varián

Tiempo de Bajada ____ : ____ AM / PM Tiempo de Recogida ____ : ____ AM / PM ____ Tiempo Variá

Anticipo las Comidas en cual Mi Niño Participará Será: ____ Desayuno ____ Merienda AM ____ Almuerzo ____ Merienda PM ____ Cena ____ Merienda Nocturna

- PARA EL USO DE LA PROVEEDORA -

RELACIÓN A PROVEEDORA

____ No relacionado Niño de Necesidades Especial ____ Sí ____ No Niño Participará en CACFP ____ Sí
____ Relacionado, no reside Dieta Especial ____ Sí ____ No Número de Niño: _____
____ Propio niño Si Dieta Dspecial, Explicar Grupo de Niño: _____
____ Niño del Ayudante _____
____ Hijo Adoptivo _____

State Agency Contact Info: Utah State Office of Education 801-538-7687

De acuerdo con la política de la Ley Federal y el Ministerio de Agricultura de los E.E.U.U., esta institución es prohibida de discriminar en base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad.

Si Ud. quiere presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos.