



FORMULARIO FDCH DE MATRICULACIÓN DEL NIÑO

PARA SER COMPLETADO POR PADRE O GUARDIAN

Nombre y Apellido de Proveedor de FDCH

CACFP reembolsa a proveedores por comidas y bocadillos nutritivos, balanceados servidos a los niños a su cuidado. Complete el siguiente cuadro para todos los niños en cuidado. Firme, feche y entregue a la proveedora. Use formularios adicionales si es necesario. Padres/guardianes de bebés deben completar la sección Selección de la Fórmula.

Nombre Niño(s)	Fecha de Nací.	Horas Normales en cuidado		Comidas y Días Normales en Cuidado Tipo de Cuidado. Por favor circule								
		Hora que su niño usualmente <i>llega</i> diario.	Hora que su niño usualmente <i>se va</i> diario.	Día Completo	Parcial	Días/Tiempo varían Cuidado Casual						
Apellido:				Comidas Normales Durante el Cuidado								
				D	AM	A	PM	M	Noche			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre:		Hora	Hora	Días Normales de Asistencia								
				L	M	M	J	V	S	D		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apellido:				Comidas Normales Durante el Cuidado								
				D	AM	A	PM	M	Noche			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre:		Hora	Hora	Días Normales de Asistencia								
				L	M	M	J	V	S	D		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apellido:				Comidas Normales Durante el Cuidado								
				D	AM	A	PM	M	Noche			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre:		Hora	Hora	Días Normales de Asistencia								
				L	M	M	J	V	S	D		
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SELECCIÓN DE LA FÓRMULA: Complete si el niño anotado arriba es menor de un año de edad

Esta proveedora suministra fórmula _____ (anote marca) fortificada con hierro.

- Marque uno: Acepto la fórmula de la proveedora
 Rechazo la fórmula de la proveedora

-Entiendo que, al rechazar la fórmula de la proveedora, estoy de acuerdo en proporcionar leche materna o fórmula para mi niño. Si proporciono fórmula debe ser de la lista aprobada de la proveedora para ser reembolsada por la comida

Firma de Padres o Guardián _____		Domicilio _____		Solo OCDC Initials
Ciudad _____	Estado _____	Código _____	Teléfono _____	Date Entered
Nombre en imprenta _____	Fecha de inicio _____	Fecha de Renovación _____		

GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)

Marque una identidad étnica

- Hispano o Latino
 Asiático
 Negro o Americano Africano
 Indio Americano o Nativo Alaska
 No Hispano o Latino
 Blanco no Origen Hispano
 Nativo Hawaiano
 Isla Pacífico
 Otro