

NORTHWEST NUTRITION SERVICE DAILY MEALCOUNT FORM

Nombre: _____ Firma: _____ #de Cuenta: _____ # de Teléfono: _____ El mes del reclamar: _____ Año: _____

Antes de el día 5th: Envialos to P.O. Box 68365 Milwaukie, Oregon 97268 (503) 653-7626 ext.116/118 or Fax (503) 653-1484 or electronico:

Certificó qué la información sometida es correcta en todos los aspectos. Entiendo que esta información me dado en conexión con el recibo de los fondos federales y que la mal representación premeditada puede resultar en la prosecución Estatal o Federal.
 Esta institucion es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

No escuela ponga-X	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Solamente uso de oficina	
Nombre/Apellido	D																																B
	L																																L
	C																																D
Leche Ofrecida:___	AM																																AM
Edad:	PM																																PM
Familiar: <input type="checkbox"/>	DC																																LS
Nombre/Apellido	D																															B	
	L																																L
	C																																D
Leche Ofrecida:___	AM																																AM
Edad:	PM																																PM
Familiar: <input type="checkbox"/>	DC																																LS
Nombre/Apellido	D																															B	
	L																																L
	C																																D
Leche Ofrecida:___	AM																																AM
Edad:	PM																																PM
Familiar: <input type="checkbox"/>	DC																																LS
Nombre/Apellido	D																															B	
	L																																L
	C																																D
Leche Ofrecida:___	AM																																AM
Edad:	PM																																PM
Familiar: <input type="checkbox"/>	DC																																LS

Monitor: _____ Date: _____

WM=Whole Milk, FF=Fat Free Milk, 1%=1% Milk

|

—