



# Northwest Nutrition Service Child Enrollment Form

P.O. Box 68365 Milwaukie, Oregon 97268

(503) 653-7626 ext. 113 Fax: (503) 653-1484

email: information@nwnutritionservice.com www.nwnutritionservice.com

此信息將被嚴格保密，僅用於資格確定和核實數據的兒童和成人糧食方案

服務提供者的姓名（不是日托中心的姓名）：\_\_\_\_\_ 帳戶號碼#：\_\_\_\_\_

家庭學校\_\_\_\_\_是\_\_\_\_\_否，包括批准信與在子女所在學區的起始日期。

種族的族裔身份（可選或者不可選），請選出你的孩子的種族裔身份，選出一個民族身份：

\_\_\_\_\_西班牙裔或拉丁美洲裔 \_\_\_\_\_美國印第安人和阿拉斯加土著 \_\_\_\_\_黑人或非洲裔美國人 \_\_\_\_\_亞洲人  
\_\_\_\_\_非西班牙裔或拉丁美洲裔 \_\_\_\_\_夏威夷土著或其他太平洋島民 \_\_\_\_\_白人 \_\_\_\_\_其它

兒童姓名	出生日期	正常照護時間		正常餐食與正常照護日												
		填寫兒童每 平時到達時間	填寫兒童每天 平時離開時間	早餐	上午小食	午餐	下午小食	晚餐	宵夜小食	正常照護日						
姓		_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____								
名		_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____								
如果是親戚.....	<input type="checkbox"/>	週一	週二	週三	週四	週五	週六	週日								
姓		_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____								
名		_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____								
如果是親戚.....	<input type="checkbox"/>	週一	週二	週三	週四	週五	週六	週日								
姓		_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____								
名		_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____								
如果是親戚.....	<input type="checkbox"/>	週一	週二	週三	週四	週五	週六	週日								
姓		_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____								
名		_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____			_____								
如果是親戚.....	<input type="checkbox"/>	週一	週二	週三	週四	週五	週六	週日								

### 嬰兒配方奶粉選擇：若上列兒童是一歲以下的嬰兒請填寫

本提供者提供：\_\_\_\_\_（請列出品牌）添加鐵質的嬰兒配方奶粉。

勾選一項： 我接受提供者提供的配方奶粉  我拒絕提供者提供的配方奶粉

我明白拒絕 提供者提供的配方奶粉，本人 同意提供母乳或配方奶粉給我的子女。如果我提供的配方奶粉它必須符合提供者補助餐食認可的配方奶粉。

過敏：列出你的孩子任何過敏的食物和/或牛奶。致電我們的辦公室索取一份醫療表。

列出過敏：\_\_\_\_\_

我明白我的孩子在托兒期間所有提供的食物將不收取額外費用。我想我的孩子/孩子們報名登記上面個人信息參加兒童和成人糧食方案。這個方案報銷提供者提供營養均衡的膳食給所有托兒所的孩子。

家長/監護人正楷姓名 \_\_\_\_\_ 家長/監護人簽名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

街名地址 \_\_\_\_\_ 公寓號碼 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

工作電話：\_\_\_\_\_ 住宅電話：\_\_\_\_\_ 手提電：\_\_\_\_\_

報銷的孩子/孩子們會在填表日期日開始生效。登記表和家庭學校批准書的有效期為一年，每年必須進行更新，是服務提供者和家長的責任。

本機構是提供平等機會