



# Northwest Nutrition Service- Форма Для Зачисления Ребенка

P.O. Box 68365 Milwaukie, Oregon 97268

(503) 653-7626 ext. 125— Fax: (503) 653-1484

email: [information@nwnutritionservice.com](mailto:information@nwnutritionservice.com) [www.nwnutritionservice.com](http://www.nwnutritionservice.com)

Эта информация будет использована конфиденциально и только для того чтобы определить имеет ли ребенок право на получение Компенсации.

Имя воспитателя (не название детского сада) \_\_\_\_\_ Номер Счета#: \_\_\_\_\_

Эта форма должна быть заполнена только родителем/опекуном. Если форма заполнена не полностью то она не действительна. Домашнее Образование \_ да \_нет. Включите утверждающие письмо с датой начала отшкольного округа, в котором проживает ребенок. Расовое или этническое происхождение (не обязательно) Пожалуйста от метьте расовое этническое происхождение вашего ребенка Отметьте один из этой категории От метьте один или более из этой категории  
\_\_\_ Испанец или Латинец \_\_\_ Американский или житель Аляски \_\_\_ Чёрный или Африко-Американец \_\_\_ Азиат  
\_\_\_ Не Испанец или Латинец \_\_\_ Гаваец \_\_\_ Белый \_\_\_ Другое

Эта информация должна быть заполнена родителем / опекуном только. Отсутствие информации может привести к потере этой формы.

Имена детей	Дата Рождения	Нормальные часы в детском саду		Обычное питание дни посещения								
		Время Прибытия	Время Отправления	Обычное питание в центре								
Фамилия		_____	_____	Завтрак. 1-й перекус. Обед. 2-й перекус. Ужин. 3-й перекус								
Имя		_____	_____	<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"/>
Родственник..... <input type="checkbox"/>		Утра Вечера	Утра Вечера	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб	Вс		
Фамилия		_____	_____	Завтрак. 1-й перекус. Обед. 2-й перекус. Ужин. 3-й перекус								
Имя		_____	_____	<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"/>
Родственник..... <input type="checkbox"/>		Утра Вечера	Утра Вечера	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб	Вс		
Фамилия		_____	_____	Завтрак. 1-й перекус. Обед. 2-й перекус. Ужин. 3-й перекус								
Имя		_____	_____	<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"/>
Родственник..... <input type="checkbox"/>		Утра Вечера	Утра Вечера	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб	Вс		
Фамилия		_____	_____	Завтрак. 1-й перекус. Обед. 2-й перекус. Ужин. 3-й перекус								
Имя		_____	_____	<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"/>
Родственник..... <input type="checkbox"/>		Утра Вечера	Утра Вечера	Пн.	Вт.	Ср.	Чт.	Пт.	Сб	Вс		

**Выбор Детской Смеси:** Заполняется, если какой-либо из вышеуказанных детей является младенцем до одного года Центр предоставляет обогащённую железом детскую смесь \_\_\_\_\_ (наименование производителя).  
Отметьте один ответ: \_\_\_ Я принимаю предоставляемую центром молочную.  
\_\_\_ Я откалываюсь от предоставляемой центром молочной смеси.  
Я понимаю, что, отказываясь от предоставляемой центром молочной смеси, я тем самым соглашась обеспечить грудным молоком или молочной смесью моего ребёнка. Если я предоставляю молочную смесь, то она должна входить в утверждённый список смесей, чтобы центр мог возместить затраты на питание.

**Аллергии:** Перечислите аллергии вашего ребенка на пищевые продукты и/или молока. Позвоните в наш офис для медицинской формы. Это должно быть обновлено ежегодно вместе с формой зачисления. Перечислите аллергии: \_\_\_\_\_  
Я понимаю, мой ребенок получит еду без дополнительной оплаты когда они находятся в присмотре в любое время запланированных услуг питания. Я хочу записать ребенка / детей, чаи информация регистрации заполнена выше в Продовольственной дневного ухода для обслуживания питательного и хорошо сбалансированного питания для всех детей детского сада.

Имя родителя/опекуна печатными буквами \_\_\_\_\_ Подпись родителя/опекуна \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Адрес. \_\_\_\_\_ Город. \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_

домашний телефон: \_\_\_\_\_ рабочий телефон : \_\_\_\_\_ мобильный телефон: \_\_\_\_\_

(Плата для дeтeя начнётся с первого дня месяца которая подписаны в низу)

**Это ведомство предоставляет всем равные возможности.**