



Northwest Nutrition Service

Forma de la Inscripción para los Niños en línea

P.O. Box 68365 Milwaukie, Oregon 97268

(503) 653-7626 ext. 116 Fax: (503) 653-1484

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

Esta información será confidencial y únicamente para determinar la elegibilidad y verificación de datos por el Programa de Alimentos de Niños y Adultos.

Nombre De Proveedor de guardería (no es el nombre del guardía) _____ #de Cuenta: _____
Educados en casa si no. Incluya la carta de aprobación con fecha de inicio del distrito escolar donde El Niño reside.

Identidad étnica o racial (no es requerida)

Favor de marcar una identidad étnica

Marque una o más identidades raciales:

- Hispano/Latino Indio Americano o de Alaska Nativo de Hawaiano u otra isla del Pacífico No Hispano/Latino.
 Asiático Blanco Negro o Afro-Americano. Otro

Este documento tiene que ser llenado únicamente por el padre/guardián. Falta de información invalidará este documento.

#	Nombres de los niños	Fecha de Nacimiento	Horas habituales en la guardería	Comidas que normalmente recibe y días que habitualmente asiste
	Apellido:		<small>Ingrese la hora a la que su hijo generalmente llega cada día.</small> _____ Hora	Comidas habituales mientras está en la guardería <small>Desayuno Bocadillo am Alumerzo Bocadillo pm Cena Bocadillo noche</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días de la semana en que habitualmente asiste <small>Lun. Mar. Miér. Jue. Vier. Sáb. Dom.</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nombre		_____ Hora	
	Familiar..... <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Am Pm Am Pm	
	Apellido:		_____ Hora	Comidas habituales mientras está en la guardería <small>Desayuno Bocadillo am Alumerzo Bocadillo pm Cena Bocadillo noche</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días de la semana en que habitualmente asiste <small>Lun. Mar. Miér. Jue. Vier. Sáb. Dom.</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nombre		_____ Hora	
	Familiar..... <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Am Pm Am Pm	
	Apellido		_____ Hora	Comidas habituales mientras está en la guardería <small>Desayuno Bocadillo am Alumerzo Bocadillo pm Cena Bocadillo noche</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días de la semana en que habitualmente asiste <small>Lun. Mar. Miér. Jue. Vier. Sáb. Dom.</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nombre		_____ Hora	
	Familiar..... <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Am Pm Am Pm	
	Apellido		_____ Hora	Comidas habituales mientras está en la guardería <small>Desayuno Bocadillo am Alumerzo Bocadillo pm Cena Bocadillo noche</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días de la semana en que habitualmente asiste <small>Lun. Mar. Miér. Jue. Vier. Sáb. Dom.</small> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nombre		_____ Hora	
	Familiar..... <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Am Pm Am Pm	

Selección De Leche De Fórmula Para Lactantes. Complete la siguiente sección si el niño indicado anteriormente es un bebé menor de un año de edad.

Este centro ofrece leche de fórmula para lactantes _____ (indicar la marca) fortificada con hierro.

Selecciona una opción : Acepto la leche de fórmula proporcionada por el centro.
 No acepto la leche de fórmula proporcionada por el centro.

Entiendo que al egarme a aceptar la leche de fórmula proporcionada por el centro, estoy de acuerdo en proporcionar leche materna o leche de fórmula para mi hijo. Si you proporciona la leche de formula aprobadas para el centro para el reembolso por la comida.

Alergias de comida: Escribe alergias de comidas que tiene su niño. Si tenga una alergia de la leche se necesita presentar una nota del doctor y que tipo de comida ser substituida en su lugar. _____

Entiendo que mi niño recibirá alimentos sin precio extra cuando están en la guardería durante los servicios de comidas del programa. Deseo matricular mi niños/s, quienes información están arriba, en el Programa de Alimentos de Niños y Adultos. Este programa reembolsa al proveedor de guardería por sirviendo comidas nutritivas y bien equilibradas a los niños de guardería.

Nombre del padre/guardián(escritas). _____ Firma del padre/guardian _____ Fecha _____

Dirección de calle. _____ Ciudad. _____ Estado. _____ Código Postal _____

Teléfono de día.: _____ Teléfono de noche: _____ Teléfono. Cel: _____

(El pago de cada niño será considerado desde el día primero del mes mencionado en esta solicitud)
 Fecha Los padres deberán marcar la fecha en la fecha en la solicitud para que será valido.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.