

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	
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

|

—