

Guardería:

Inscripción

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------|--|------------------------|----|--------------------|--|----------|--------------------------------|-----------------------|--|----------------|--|
| Fecha de Inscripción Actual: | | | | Fecha de Retiro: | | | | | | | | | |
| Nombre del Niño | | Apellido del Niño | | Fecha de Nacimiento | | Días Participantes | | | | Comidas Participantes | | | |
| | | | | | | LUNES | | MARTES | | DESAYUNO | | MERIENDA AM | |
| Nombre del Padre de Familia/ Guardian | | | | Llegar | | MIÉR- COLES | | JUEVES | | COMIDA | | MERIENDA PM | |
| | | | | AM | PM | VIERNES | | | | CENA | | MERIENDA NOCHE | |
| Dirección | | | | Salir | | SÁBADO | | DOMINGO | | | | | |
| Ciudad, Estado, Código Postal | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | | Raza | | Blanco | | Negro | | Asiático | | Otro | | | |
| Teléfono del trabajo | | | | Indio Nativo Americano | | Nativo de Alaska | | | Hawaiano / Isleño del Pacífico | | | | |
| Correo electrónico | | | | Etnicidad | | Hispano | | | No hispano | | | | |

ESTA SECCIÓN SE DEBE COMPLETAR PARA LACTANTES MENORES DE 12 MESES DE EDAD

Según las regulaciones del USDA CACFP, este centro debe ofrecer una fórmula fortificada con hierro de la elección del centro. Este centro ofrece esta fórmula fortificada con hierro:
Puede aceptar o rechazar la fórmula ofrecida. Seleccione sus preferencias a continuación:

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Acepto la fórmula que ofrece este centro. | | Rechazo la fórmula que ofrece este centro y traeré leche materna extraída. | | Rechazo la fórmula que ofrece este centro y traeré esta fórmula: Esta fórmula es: Fortificado con hierro Hierro bajo Sin hierro (Si esta fórmula es baja en hierro o libre de hierro, entiendo que se debe proporcionar una declaración médica al centro). | | | |
| Según las regulaciones del USDA CACFP, este centro debe ofrecer alimentos sólidos como cereales infantiles fortificados con hierro, verduras, frutas, carnes / sustitutos de la carne y galletas saladas cuando un bebé esté listo para aceptar estos componentes según lo recomendado por la Academia Estadounidense de Pediatría y como se especifica en el Patrón de comidas para bebés. Seleccione sus preferencias a continuación: | | | | | | | |
| Acepto los alimentos sólidos que ofrece este centro | | | Rechazo los alimentos sólidos que ofrece este centro y traeré los alimentos sólidos para mi bebé | | | | |
| Se requiere que este centro actualice las preferencias de alimentación del bebé a medida que cambia la situación, así como dentro de un mes del cambio de grupos de edad del bebé. Los cambios pueden incluir un cambio en la fórmula o los alimentos. Actualice los cambios a continuación (ejemplo: cambie la fórmula a Similac fortificado con hierro; comience a alimentar con cereal infantil fortificado con hierro): | | | | | | | |
| Nuevas instrucciones: | | | Fecha: | | Mi infante es: 0-5 meses | Mi infante es: 6-11 meses | |

Estimado padre, debido a que su proveedor de cuidado diurno se preocupa por la buena nutrición, ha elegido los beneficios del Programa de alimentos para el cuidado de niños y adultos (CACFP). Este programa está patrocinado por _____.

Según las regulaciones del CACFP, su proveedor no puede cobrarle tarifas separadas por las comidas, ni se le puede pedir que proporcione alimentos para su hijo para las comidas reclamadas bajo el programa. Conforme a la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administren programas del USDA discriminen por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, represalia o venganza por actividades realizadas en el pasado relacionadas a los derechos civiles en algún programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Para presentar una queja de discriminación, complete el [Formulario de Queja de Discriminación en el Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: How to File a Complaint (cómo presentar una queja) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario lleno o carta al USDA por: 1. correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington D.C. 20250- 9410; fax: 202-690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

| | |
|-----------------|-------------------|
| Firma del Padre | Fecha de la firma |
|-----------------|-------------------|