



Formulario para Inscripción de Niños Participantes

Nombre del Institución _____ Nombre del Instalación: _____ Acuerdo#: _____

Estimado(s) Padres/Tutor/Curador,

Su centro de cuidado diurno participa en el Programa de comidas en el cuidado de niños y adultos (CACFP por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA). CACFP necesita que se verifique la inscripción de cada participante en este centro. Por favor, llene el cuadro a continuación para todos los participantes de su hogar que estén inscritos en este Centro. La siguiente información debe ser completada anualmente por el padre o tutor. Por favor, firme y póngale la fecha donde se indica.

Nombre Completo del Niño	Horas normales o típicas de cuidado	Ponga un círculo alrededor de los días y las comidas que el niño tendrá típicamente mientras que en el centro	
	de ____ a ____	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Desayuno Merienda Almuerzo Bocadillo Cena Refrigerio
	de ____ a ____	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Desayuno Merienda Almuerzo Bocadillo Cena Refrigerio
	de ____ a ____	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Desayuno Merienda Almuerzo Bocadillo Cena Refrigerio
	de ____ a ____	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Desayuno Merienda Almuerzo Bocadillo Cena Refrigerio
	de ____ a ____	Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo	Desayuno Merienda Almuerzo Bocadillo Cena Refrigerio

Horas normales/típicas de cuidado: Coloque la hora usual de llegada y la hora usual de salida. Indique si es am (mañana) o pm (tarde).

Días normales de cuidado: Ponga un círculo alrededor del día de la semana en que el(los) niño(s) usualmente están en el Centro.

Comidas que el(los) niño(s) usualmente come: Ponga un círculo alrededor de la comida que el(los) niño(s) usualmente come(n) en el Centro. Merienda = Merienda-de-la-mañana, Bocadillo = Bocadillo-de-la-tarde, Refrigerio = Refrigerio-nocturno

Firma Padre/Tutor/Curador: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta o de molde: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono del hogar: () _____ Teléfono del trabajo: () _____

Para uso exclusivo del Proveedor/Centro:

La información en este formulario debe ser actualizado anualmente.

Firma del Representante del Proveedor/Centro: _____ Fecha: _____

Fecha en que el participante se retiró del Centro: _____

For State Use Only: Complete: _____ Incomplete _____ Reason: _____ Verified by: _____ Date: _____