



## 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: \_\_\_\_\_