



Programa de Alimentos de Cuidado para Niños y Adultos de Iowa Formulario de Inscripción para el Cuidado del Niño

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

La siguiente información es requerida por el Gobierno Federal para monitorear la conformidad de la ley de los derechos civiles. No se requiere que usted proporcione esta información, pero se fomenta que lo haga. Esta ley requiere que un receptor del programa pueda no ser discriminado en base a esta información ni en la decisión de proporcionarla. Sin embargo, si opta por no proporcionarla, bajo regulaciones federales, se requiere que el representante de este programa note la raza/etnia en base a la observación visual o al apellido.

Indique el 1. etnia y 2. identidad racial del niño inscrito con un tilde la casilla correspondiente. Las respuestas de estas preguntas son voluntarias.								
1. Identidad étnica del niño	Hispano o Latino	No Hispano o Latino	2. Identidad racial del niño	Indio Americano o Nativo de Alaska	Asiático	Negro o Afroamericana no	Nativo de Hawai u otras Islas del Pacífico	Blanco
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los horarios que mi hijo/infante asistirá usualmente serán:

Días: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Horas: Llegada _____ Partida _____

Llegada _____ Partida _____

Verano u Horas de Vacación escolar: Llegada _____ Partida _____

La participación de alimento anticipado de mi niño/infante será:

- Desayuno AM Snack Almuerzo PM Snack Cena Snack Noche tarde

Infantes solamente (0-12 meses): No estoy inscribiendo a un infante (salte esta sección)

Como participante en el Programa de nutrición de niños de USDA, nuestro centro ofrece comidas para niños de todas las edades. La alimentación infantil se basa en las guías actuales de nutrición. Las comidas para infantes son apropiadas para la edad y el desarrollo de alerta de su infante. Seleccione una (X o √) para sus opciones de las siguientes opciones que completaran las necesidades alimenticias de su infante.

Proveeré leche materna para mi infante. La fórmula del centro puede utilizarse como suplemento alimenticio de ser necesario Sí No

Proveeré fórmula infantil para mi infante. Nombre de la fórmula: _____

Acepto la fórmula del centro para mi infante. Nombre de la fórmula: _____

Proveeré declaración de una autoridad médica para fórmula no-reembolsable. Nombre de la fórmula: _____

Acepto los alimentos sólidos del centro (apropiadamente texturizados) para ser dados a mi infante a medida que él/ella esté listo para obtenerlos, y después de haberlo hablado con mi cuidador.

Proveeré alimentos sólidos para mi infante. El centro podrá suplementar con alimentos sólidos adicionales cuando mi infante los necesite: Sí No

Firma del Padre _____ Fecha: _____