

Child and Adult Care Food Program Child Enrollment Form
 (Programa de Alimentos para Cuidado de Niño y Adulto Formulario para Matricularse)
 Child Care Centers (Centros para Cuidado de Niño)

Matricula anual para el Programa de Alimentos para Cuidado de Niño y Adulto (CACFP) lo requiere la regulación federal.

Completar la siguiente información para cada niño matriculado en el centro. Agregar páginas adicionales si es necesario. Firmar, poner fecha y regresar este formulario al Centro de Cuidado de Niño.

Umatilla Morrow Head Start, Inc.

Nombre del Patrocinador de CACFP

Nombre del centro donde el niño esta bajo cuidado (si es diferente al Patrocinador de CACFP)

INFORMACION DEL NIÑO

Apellido	Primer Nombre		Apellido	Primer Nombre
Comidas Normales que se Reciben bajo Cuidado			Comidas Normales que se Reciben bajo Cuidado	
<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> PM Merienda		<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> PM Merienda
<input type="checkbox"/> AM Merienda	<input type="checkbox"/> Cena		<input type="checkbox"/> AM Merienda	<input type="checkbox"/> Cena
<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Merienda-Noche		<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Merienda-Noche

Apellido	Primer Nombre		Apellido	Primer Nombre
Comidas Normales que se Reciben bajo Cuidado			Comidas Normales que se Reciben bajo Cuidado	
<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> PM Merienda		<input type="checkbox"/> Desayuno	<input type="checkbox"/> PM Merienda
<input type="checkbox"/> AM Merienda	<input type="checkbox"/> Cena		<input type="checkbox"/> AM Merienda	<input type="checkbox"/> Cena
<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Merienda-Noche		<input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Merienda-Noche

Firma de Padres o Guardián Legal

Nombre (letra de imprenta)

Fecha de la Firma

Mes	Día	Año
-----	-----	-----