

Nueva Inscripción Renovación/Actualización
OREGON CHILD DEVELOPMENT COALITION
 1345 Center Drive. #F
 Medford OR. 97501
 541.770.5893 Fax 971.224.1355



FORMULARIO FDCH DE MATRICULACIÓN DEL NIÑO

PARA SER COMPLETADO POR PADRE O GUARDIAN

Nombre y Apellido Proveedor FDCH

CACFP reembolsa a proveedores por comidas y bocadillos nutritivos, balanceados servidos a los niños a su cuidado. Complete el siguiente cuadro para todos los niños en cuidado. Firme, feche y entregue a la proveedora. Use formularios adicionales si es necesario. Padres/guardianes de bebés deben completar la sección Selección de la Fórmula.

Nombre Niño(s)	Fecha Nac.	Horas Normales en cuidado		Comidas y Días Normales en Cuidado Tipo de Cuidado. Por favor circule						
		Hora que su niño usualmente <i>llega</i> diario.	Hora que su niño usualmente <i>se va</i> diario.	Día Completo	Parcial	Días/Tiempo varían	Cuidado Casual			
Apellido:				Comidas Normales Durante el Cuidado						
				D	AM	A	PM	M	Noche	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre		Hora	Hora	Días Normales de Asistencia						
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	L	M	M	J	V	S	D
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apellido				Comidas Normales Durante el Cuidado						
				D	AM	A	PM	M	Noche	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre		Hora	Hora	Días Normales de Asistencia						
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	L	M	M	J	V	S	D
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apellido				Comidas Normales Durante el Cuidado						
				D	AM	A	PM	M	Noche	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre		Hora	Hora	Días Normales de Asistencia						
		<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	L	M	M	J	V	S	D
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SELECCIÓN DE LA FÓRMULA: Complete si el niño anotado arriba es menor de un año de edad

Esta proveedora suministra fórmula _____ (anote marca) fortificada con hierro.

- Marque uno Acepto la fórmula de la proveedora
 Rechazo la fórmula de la proveedora

Entiendo que al rechazar la fórmula de la proveedora, estoy **de acuerdo** en proporcionar leche materna o fórmula para mi niño. Si proporciono fórmula debe ser de la lista aprobada de la proveedora para ser reembolsada por la comida

Firma Padre o Guardián Legal _____			Domicilio _____			OCDC Favor de poner inicial
Ciudad _____	Estado _____	Código _____	Número Tel _____			
Nombre en Imprenta _____			Fecha Inicio _____	Fecha Renovación _____		Fecha Ingreso _____

GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)

Marque una identidad étnica

- Hispano o Latino Asiático Negro o Americano Africano Indio Americano o Nativo Alaska
 No Hispano o Latino Blanco no Origen Hispano Nativo Hawaiano Isla Pacífico Otro

OCDC es un proveedor de igualdad de oportunidad