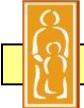
Nueva Inscripción Renovación/Actualización OREGON CHILD DEVELOPMENT COALITION

1345 Center Drive #F Medford OR 97501



541.631-8749 Fax 971.224.1355

FORMULARIO FDCH DE MATRICULACIÓ DEL NIÑO

PARA SER COMPLETADO POR PADRE O GUARDIAN

No Hispano o Latino

Nombre y Apellido de Proveedor de 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.

adicionales si es necesario. Pac	ii es/gudi	es/guardianes de bebes deben completar i						
	Fecha de Nací.	Horas Normales en ci				Comidas y Días Normales en Cuidado Tipo de Cuidado. Por favor circule Día Completo Parcial Días/Tiempo varían Cuidado Casual		
Nombre Niño(s)		Hora que su niño		Hora que su niño				
		usualmente		usualmente				
		<i>llega</i> diario.		<i>se va</i> diario.				
							Comidas Normales Durante el Cuidado	
Apellido:						D	AM A PM M Noche	
Nombre:		- 11		——————————————————————————————————————	ıra -			
		Hora		lioid		l.	Días Normales de Asistencia M M J V S D	
		□ AM	□PM	□AM	□PM			
							Comidas Normales Durante el Cuidado	
Apellido:						D	AM A PM M Noche	
- Apellider]						
Nombre:		Н	ora	Но	ra		Días Normales de Asistencia	
						L	M M J V S D	
		□AM	□PM	□ AM	□PM			
							Comidas Normales Durante el Cuidado	
Apellido:						D	AM A PM M Noche	
		·		l 				
Nombre:		Hora	ora	Но	ra	_	Días Normales de Asistencia	
r telliere.		□ AM	□PM	□AM	□PM	L	M M J V S D	
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							(anote marca) fortificada con hierro.	
Marque uno: U Acepto la formula de la proveedora Rechazo la fórmula de la proveedora								
-Entiendo que, al rechazar la fórmula de la proveedora, estoy de acuerdo en proporcionar leche maternal o fórmula para mi niño. Si proporciono fórmula debe ser de la lista aprobada de la proveedora para ser reembolsada por la comida								
mi nino. Si propo	rciono fo	rmula de	be ser de	la lista ap	orobada (de la pi	roveedora para ser reembolsada por la comida	
							Solo OCDC	
Firma de Padres o Guardián		Domicilio				Initials		
C . 1 1	-		<i>~</i> ,			T 14	Date Entered	
Ciudad	t	:stado	Cod	digo		I ele	fono	
Nombre en imprenta			Fecha de incico Fec			ha de	Renovacion	
GRUPO RACIAL O ÉTNICO (OPCIONAL)								
Marque una identidad étnica Hispano o Latino Asiático Negro o Americano Africano Indio Americano o Nativo Alaska								
Hispano o Latino		Asia		TiveSto c	America	HO AITI	cano muio Americano o Nativo Alaska	

OCDC es un proveedor de igualdad de oportunidad

____ Blanco no Origen Hispano ____ Nativo Hawaiano ____ Isla Pacífico ____ Otro