

Forma de Registro de Niños

Nombre de la Proveedora _____ Número de Teléfono _____

Nombre de los Padres _____ Número de Teléfono _____

Dirección de los Padres _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dónde Trabaja _____ Teléfono de Trabajo /Otro Contacto _____

POR FAVOR, ESCRIBA CLARAMENTE-LLENELA COMPLETAMENTE (DEBE SER COMPLETADA POR UN PADRE DE LOS NIÑOS)

# del Niño (por la proveedora)	Nombre Completo de los Niños Registrados	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación con la Proveedora	Horario de Llegada/Salida	Información Escolar	Horario de la Escuela	Dias en la Escuela	Raza Etnico
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Propio	_____ AM/PM a _____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	_____ AM/PM a _____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Propio	_____ AM/PM a _____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	_____ AM/PM a _____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Propio	_____ AM/PM a _____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	_____ AM/PM a _____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	
			<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	<input type="checkbox"/> No Relación <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Propio	_____ AM/PM a _____ AM/PM	<input type="checkbox"/> No Escuela <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> AM Prescolar <input type="checkbox"/> PM Prescolar <input type="checkbox"/> AM Kinderg <input type="checkbox"/> PM Kinderg <input type="checkbox"/> Todo el día Kindergarten	_____ AM/PM a _____ AM/PM	<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Mier	

*Si es familiar marque, por favor, la relación: hijo/hija hijastro/hijastra nieto/nieta sobrino/sobrina (hijo ó hija únicamente de un hermano o cuñado)

Dias en Cuidado	Comidas en Cuidado	Infantes: Si el niño es menor de 1 año, esta sección debe ser completada
<input type="checkbox"/> Dom <input type="checkbox"/> Mier <input type="checkbox"/> Sab <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Juev <input type="checkbox"/> Dias <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Vier Varian	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Meri PM <input type="checkbox"/> Meri. AM <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda de Noche	<input type="checkbox"/> El padre acepta la formula de la proveedora (o suministra leche materna) y el padre acepta la comida de la proveedora <input type="checkbox"/> El padre suministra la formula pero acepta la comida de la proveedora <input type="checkbox"/> El padre suministra toda la formula y la comida y rehúsa la comida de la proveedora

OPCIONAL No tiene que llenar esta sección bajo el titular del acta IV de los derechos civiles. Por favor, escriba el código apropiado
Raza: AI = Indio Americano o de Alaska AS = Asiático PA = de las Islas del Pacifico BL = Negro WH = Blanco | Ethnicity: H = Hispano/Latino N = Not Hispano/Latino
 De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, siglas en ingles), se prohíbe a esta institución la discriminación por raza, color, origen, nacional, sexo, edad, o impedimentos de las personas. Para presentar una queja de discriminación escriba a: USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame (202) 720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrecer oportunidad igual a todos.

¿Están los niños en el horario de todo el año "year round" en la escuela? SI NO Calendario "track" (A-D) _____

Nombre del Distrito y de la escuela que los niños asisten _____

¿Tiene el niño una dieta especial? SI NO (Si es asi, adjunte una nota del medico)

Si es asi, por favor explique _____

¿Necesita la proveedora facilidades para acomodar a un niño con impedimento fisico? SI NO

Si es asi, por favor explique y adjunte una nota del médico _____

Yo (nosotros) certifico que la información es correcta y verdadera en todos los aspectos. Yo (nosotros) entendemos que mi hijo(s) recibirán las comidas sin costo para mi, sin tener en cuenta la raza, color, lugar de origen, edad, sexo, o impedimentos, y que yo (nosotros) seremos contactados por el programa patrocinador y / o representantes para confirmar la información anterior de registro y asistencia de mi hijo(s).

Firma del Padre (Madre) _____ Fecha _____

Yo (nosotros) certifico que la información es correcta y verdadera en todos los aspectos y que los datos están disponibles para respaldar la información de esta forma. Yo (nosotros) reconozco que yo (nosotros) somos responsables de cualquier exceso la cual puded resultar de informes adjuntos erroneos o negligentes. Yo (nosotros) entendemos que ésta información está sujeta a verificación por parte del programa patrocinador.

También, yo (nosotros) entendemos que ésta información está siendo dada en conexión con el recibo de fondos federales y que la falsedad deliberada puede conllevarme a procesamientos legales aplicables al Estado a estatutos Federales Criminales.

Firma de Proveedora _____ Fecha de Inscripción _____

Utah State Office of Education, Child Nutrition Programs (801)538-7680, 250 East 500 South, P.O. Box 144200, Salt Lake City, UT 84114-4200