

HOJA DE TRABAJO DE INSCRIPCIÓN

Chautauqua Child Care Council

402 Chandler St.

Jamestown

NY 14701

Proveedor Nombrado: _____ero de Proveedor: _____

INFORMACIÓN DE NIÑO:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha de Inscripción: ____/____/____

INFORMACIÓN SOBRE PADRE:

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: Masculino Femenina Teléfono de Casa: (____) ____ - ____ Teléfono de Trabajo: (____) ____ - ____

Correo electrónico: _____

OPCIÓN DE FÓRMULA:

OPCIÓN DE COMIDA:

FUENTE DE PAGO:

Padre Proveera Leche de Pecho o Fórmula Proveera Alimento Adicional y Rechaza Comida de la Proveedora Privado/No P
 Padre Acepta Fórmula Proveida por Proveedora Proveedora Proveera Comida Adicional Cuando el Desarrollo Sea DHS/Condada
 Apropiado

Nombre de Fórmula del Padre: _____

INFORMACIÓN ESCOLAR:

IDENTIDAD ÉTNICA:

RAZA:

Edad Escolar Jardín Infantil AM Headstart AM Hispano/Latino Amerindio / Natural de Alaska
 Escuela de casa Jardín Infantil pM Headstart PM No Hispano o Asiático
 Todo el Año Escuela Jardín Infantil Todo el Día Headstart Todo el Día Latino Negro o Africano Americano
 Hawaiano Natal / Isleño Pacífico
 Blanco

Nombre de Escuela: _____

Número de Escuela: _____ Distrito Escolar: _____

Tiempo Escuela Sale: ____ : ____ AM / PM Tiempo de Vuelta: ____ : ____ AM / PM

Días Asistiendo a Escuela: LUN MAR MIE JUE VIE

ASISTENCIA DE NIÑO:

Anticipo los Días que Participará Mi Niño Será: LUN MAR MIE JUE VIE SAB DOM Días Varián

Tiempo de Bajada ____ : ____ AM / PM Tiempo de Recogida ____ : ____ AM / PM Tiempo Variá

Anticipo las Comidas en cual Mi Niño Participará Será: Desayuno Merienda AM Almuerzo Merienda PM Cena Merienda Nocturna

Firma de Padre/Guarda: _____ Fecha: _____

De acuerdo con la política de la Ley Federal y el Ministerio de Agricultura de los E.E.U.U., esta institución es prohibida de discriminar en base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad.

Si Ud. quiere presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos.

HOJA DE TRABAJO DE INSCRIPCIÓN

Chautauqua Child Care Council

402 Chandler St.

Jamestown

NY 14701

- PARA EL USO DE LA PROVEEDORA -

RELACIÓN A PROVEEDORA

Niño de Necesidades Especial Sí No Niño Participará en CACFP Sí

No relacionado Dieta Especial Sí No Número de Niño: _____

Relacionado, no reside Si Dieta Dspecial, Explicar Grupo de Niño: _____

Propio niño _____

Niño del Ayudante _____

Hijo Adoptivo _____

De acuerdo con la política de la Ley Federal y el Ministerio de Agricultura de los E.E.U.U., esta institución es prohibida de discriminar en base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad.

Si Ud. quiere presentar una queja de discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 o al (202) 720-6382 (TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades para todos.