

# CHILD ENROLLMENT FORM/ FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO

Name of Institution/ Nombre de la Institución:

Sponsor ID Number/ Numero de ID de patron:

**Elkhart & St. Joseph County Head Start Consortium**

**1710560**

IDOE/CACFP

January 2021

**Child's Name/ Nombre del niño:**

**Child's Birthdate/ Fecha de Nacimiento del niño:**

	Monday/ LUNES	Tuesday/ Martes	Wednesday/ Miércoles	Thursday/ Jueves	Friday/ Viernes
Please enter the normal hours your child is in care on the specific days of care (ex: 8-11:30) / Por favor ingrese las horas normales que su niño/a está en cuidado en los días específicos de cuidado.	7-5	7-5	7-5	7-5	7-5
Please initial here that you understand your child will receive these meals while in Head Start care. <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 2px;">      </span>	Breakfast/ Desayuno _____x_____	Breakfast/ Desayuno _____x_____	Breakfast/ Desayuno _____x_____	Breakfast/ Desayuno _____x_____	Breakfast/ Desayuno _____x_____
	AM snack/Merienda am _____x_____	AM snack/Merienda am _____x_____	AM snack/Merienda am _____x_____	AM snack/Merienda am _____x_____	AM snack/Merienda am _____x_____
	Lunch/ Almuerzo _____x_____	Lunch/ Almuerzo _____x_____	Lunch/ Almuerzo _____x_____	Lunch/ Almuerzo _____x_____	Lunch/ Almuerzo _____x_____
Por favor ponga sus iniciales aquí que comprende que su hijo recibirá estas comidas mientras esté en el cuidado de Head Start. <span style="background-color: yellow; border: 1px solid black; padding: 2px;">      </span>	PM snack/ Merienda PM _____x_____	PM snack/ Merienda PM _____x_____	PM snack/ Merienda PM _____x_____	PM snack/ Merienda PM _____x_____	PM snack/ Merienda PM _____x_____

**FOR INFANTS ONLY:** All facilities must offer infant formula and meals/snacks to infants in care during meal service times/ **PARA INFANTES SOLAMENTE:** Todas las instalaciones deben ofrecer fórmula infantil y comidas/bocados a niños en el cuidado durante tiempos del servicio de la comida

This facility will provide the following iron-fortified infant formula/  
Esta instalación proporcionará la siguiente fórmula de hierro fortificada para lactantes:

**Gerber Gentle w/iron**

CIRCLE: *Accept/aceptar*                      *Deny/negar*

Check here to furnish-

la leche materna

Breast Milk

List the formula your child is on if different than above/enumere la fórmula en la que se encuentra su hijo si es diferente a la anterior

Infant Meals and Snacks/ Comidas infantiles y bocados

Check here to accept/

Check here to decline/

Marque aquí para aceptar:

Marque aquí para rechazar:

This information is required by CACFP federal regulations at §226.15 (e)(2) and (3) for each enrolled participant, and must be updated annually/ Esta información se requiere por las regulaciones de CACFP a §226.15(e)(2) y(3) por cada participante inscrito, y se tiene que poner al corriente anualmente.

**Printed name of parent/guardian/ Nombre impreso de padre o guardián:**

**Phone Number/ Número de teléfono:**

**Signature of parent/guardian/ Firma de padre o guardián:**

**Date/ Fecha:**

FACS/teacher Initials: \_\_\_\_\_ or Manager Initials: \_\_\_\_\_

This institution is an equal opportunity provider

Revised 1/21