

CHILD ENROLLMENT FORM/ FORMA DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO

Name of Institution/ Nombre de la Institución:
Elkhart & St. Joseph County Head Start Consortium

Sponsor ID Number/ Numero de ID de patron:
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. 	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_____
Por favor ponga sus iniciales aquí que comprende que su hijo recibirá estas comidas mientras esté en el cuidado de Head Start. 	Lunch/ Almuerzo _____x_____	Lunch/ Almuerzo _____x_____	Lunch/ Almuerzo _____x_____	Lunch/ Almuerzo _____x_____	Lunch/ Almuerzo _____x_____
	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: Check here to furnish- <input type="checkbox"/> <u>Breast Milk</u> Check here to accept/ <input type="checkbox"/> <u>Marque aquí para aceptar:</u> Infant Meals and Snacks/ <u>Comidas infantiles y bocados</u> Check here to accept/ <input type="checkbox"/> <u>Marque aquí para aceptar:</u>	Gerber Gentle w/iron CIRCLE: <u>Accept/aceptar</u> <u>Deny/negar</u> 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 Check here to decline/ <input type="checkbox"/> <u>Marque aquí para rechazar:</u>
--	--

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