

Florida Department of Health

Child Care Food Program

Child Participation Form

Name of Child: _____ Name of Facility: _____

Dear Parent:

Please fill out the following information so that your child may participate in the Child Care Food Program, which reimburses child care providers for serving nutritious, well-balanced meals to children in child care.

If child care hours are the same every day, please complete this chart.		
Day	Normal Hours in Care	Meals Normally Received While in Care
Mon – Fri	a.m. _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>

OR

If child care hours are <u>not</u> the same every day, please complete this chart.		
Monday	a.m. _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Tuesday	a.m. _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Wednesday	a.m. _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Thursday	a.m. _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Friday	a.m. _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Saturday	a.m. _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>
Sunday	a.m. _____ a.m. _____ p.m. to _____ p.m.	Breakfast <input type="checkbox"/> AM Snack <input type="checkbox"/> Lunch <input type="checkbox"/> PM Snack <input type="checkbox"/> Supper <input type="checkbox"/> Eve Snack <input type="checkbox"/>

Check here if your child has no regularly scheduled hours of care

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Phone Number: _____

CCFP Formulario de Participación del Niño (Child Participation Form – Spanish)

Nombre del establecimiento: _____

Estimados padres:

Completen la siguiente información para que su hijo pueda participar en el Programa de Alimentación para el Cuidado Infantil, que proporciona reembolsos a los proveedores de cuidado infantil por servir comidas nutritivas y bien equilibradas a los niños de los establecimientos de cuidado infantil.

Nombre del niño: _____

Si el horario del establecimiento de cuidado infantil del niño es el mismo para todos los días, complete la siguiente tabla.		
Día	Horario de guardería normal	Comidas que recibe normalmente mientras se encuentra en el establecimiento de cuidado infantil
Lunes a viernes	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>

O

Si el horario del establecimiento de cuidado infantil del niño <u>no</u> es el mismo para todos los días, complete la siguiente tabla.		
Lunes	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Martes	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Miércoles	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Jueves	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Viernes	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Sábado	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>
Domingo	_____ a.m. a _____ a.m. _____ p.m. a _____ p.m.	Desayuno <input type="checkbox"/> Refrigerio de la mañana <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Refrigerio de la tarde <input type="checkbox"/> Cena <input type="checkbox"/> Refrigerio de la noche <input type="checkbox"/>

Marque aquí si su niño no tiene un horario programado regularmente para servicios de cuidado

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Número de teléfono: _____