



CACFP Programa de Alimentos
Formulario de declaración de
preferencia de los padres
revisado marzo 2019

Nombre del Proveedor _____ # del Proveedor _____

Nombre del padre / tutor: _____

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento del niño _____

Padre / tutor: escriba a continuación la necesidad especial de dieta para su hijo que no es relacionada con una discapacidad, incluidos los alimentos que no deben servirse y las sustituciones permitidas. Si corresponde, indique también si elige proporcionar los alimentos.

| | |
|--|--|
| Padre / tutor Firma y fecha | |
|--|--|