*Сириал/овсянка (компания производитель)_____
*Название и вкус йогурта:_____
*Заменитель молока (необходимая форма заполнена и отправлена в офис)
название соевого молока_____

Молоко:

МЕНЮ

NUTRITION FIRST
P.O. Box 2316
Salem, OR 97308-2316
(503)581-7563 или 800-288-6368
Данная организация является поставщиком равных возможностей.

Полное Имя: **Месяц:**

		ДАТА:	ДАТА:	ДАТА:	ДАТА:	ДАТА:
завтрак	Фрукт/Ов.					
Время сервировки _____	Хлеб/Мясо					
	Молоко					
УП Время сервировки _____	Утренняя					
	Перекуска					
обед	Мясо/Зам					
	Овощ					
Время сервировки _____	Фрукт/Ов.					
	Хлеб					
	Молоко					
ДП Время сервировки _____	Дневная					
	Перекуска					
ужин	Мясо/Зам.					
	Овощ					
	Фрукт/Ов.					
	Хлеб					
	Молоко					
ВП Время сервировки _____	Вечерняя					
	Перекуска					

Если супы, пицца, гуляш, студни, и т.п. домашнего изготовления, пожалуйста, пишите “дом” или “hm”. Я обещаю, что вся информация на этой форме правильная и правдивая.

☐ Я подтверждаю что хлеб, каши и другие заменители хлеба приготовлены из цельного или обогащенного зерна

Пожалуйста отметьте

Пожалуйста, поставьте вашу роспись и дату_____