

*Fabricante del cereal, avena y granola: _____

* Marca y sabor del Yogurt (si sirve) _____

*A los niños de **UN AÑO** les sirvo leche: _____

*A los niños **mayores** de 2 años les sirvo leche: _____

*Sustituto a la leche: (hoja de aprobacion ya completa y en la oficina)

Marca completa de leche de soya: _____

*Puede substituir el pan hasta 3 veces por semana con carne o alternativo a la carne.

NUTRITION FIRST

P.O. Box 2316

Salem, OR 97308-2316

(503) 581-7563 or 1-800-288-6368

"Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades."

Nombre:

Mes:

		FECHA		FECHA		FECHA		FECHA		FECHA	
Desayuno	Frut.Ver										
	se sirve a	Pan									
	las _____	Leche									
B.M.											
	a las _____										
Almuerzo	Carne/Alt										
	se sirve a	Verdura									
	a las _____	Fruta /Ver									
		Pan									
		Leche									
B.T.											
	a las _____										
Cena	Carne/Alt										
	se sirve a	Verdura									
	las _____	Fruta /Ver									
		Pan									
		Leche									
B.N.											
	a las _____										

Nota: Por favor escribir a "HC" junto a estofados, guisados, sopas caseras, etcetera. La información presentada es precisa en todos los aspectos.

Entiendo que esta información se da en relación con la recibo de fondos federales y falsedad deliberada puede resultar en el estado o el procesamiento Federal.

Firma y fecha _____

*Fabricante del cereal, avena y granola: _____

* Marca y sabor del Yogurt (si sirve) _____

*A los niños de **UN AÑO** les sirvo leche: _____

*A los niños **mayores** de 2 años les sirvo leche: _____

*Sustituto a la leche: (hoja de aprobacion ya completa y en la oficina)

Marca completa de leche de soya: _____

*Puede substituir el pan hasta 3 veces por semana con carne o alternativo a la carne.

NUTRITION FIRST

P.O. Box 2316

Salem, OR 97308-2316

(503) 581-7563 or 1-800-288-6368

"Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades."

		Nombre:					Mes:	
		FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	
Desayuno	Frut.Ver							
	se sirve a							
	las _____							
B.M.	Leche							
	a las _____							
Almuerzo	Carne/Alt							
	se sirve a							
	las _____							
	Verdura							
	Fruta /Ver							
B.T.	Pan							
	Leche							
Cena	Carne/Alt							
	se sirve a							
	las _____							
	Verdura							
	Fruta /Ver							
B.N.	Pan							
	Leche							
B.N.								
	a las _____							

Nota: Por favor escribir a "HC" junto a estofados, guisados, sopas caseras, etcetera. La información presentada es precisa en todos los aspectos.

Entiendo que esta información se da en relación con la recibo de fondos federales y falsedad deliberada puede resultar en el estado o el procesamiento Federal.

Firma y fecha _____