

*Пишите ЦЗ или WG каждый раз, когда сервируете цельнозерновой продукт

*Пишите название сириала, крекеров и вкус йогурта

*Заменитель молока (необходимая форма заполнена и отправлена в офис)
название соевого молока _____

МЕНЮ



NUTRITION FIRST

P.O. Box 2316

Salem, OR 97308-2316

(503)581-7563 или 800-288-6368

Данная организация является поставщиком
равных возможностей.

Молоко:

Полное Имя:

Месяц:

завтрак
Время
сервировки

УП Время
сервировки

обед

Время
сервировки

ДП Время
сервировки

ужин

ВП Время
сервировки

	ДАТА:	ДАТА:	ДАТА:	ДАТА:	ДАТА:
Фрукт/Ов.					
Хлеб/Мясо					
Молоко					
Утренняя					
Перекуса					
Мясо/Зам					
Овощ					
Фрукт/Ов.					
Хлеб					
Молоко					
Дневная					
Перекуса					
Мясо/Зам.					
Овощ					
Фрукт/Ов.					
Хлеб					
Молоко					
Вечерняя					
Перекуса					

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, поставьте вашу роспись и дату _____

Пожалуйста отметьте