



Formulario de Inscripción
Programa Nutricional Hi-Five
Año Escolar 2013 – 2014

Estimado padre de familia:

Las escuelas públicas de Orange están ofreciendo un programa de nutrición con la cooperación del “Second Harvest Food Bank of Central Florida”. Dicho programa provee alimentos nutritivos para algunos de los niños durante los fines de semana. El nombre de este programa es “Programa Hi-Five Kids Pack”. Su niño ha sido seleccionado para participar en este programa.

Si usted desea que su niño participe en este programa, por favor provea la información a continuación. Firmela y envíela a la escuela lo mas pronto posible. Puede enviarla con su niño con instrucciones que se la entregue a su maestra(o).

El programa proveerá aproximadamente de 8 a 10 productos cada viernes por la tarde para los estudiantes que califiquen para este programa de manera que dichos estudiantes tengan una merienda para el fin de semana. Los productos alimenticios variarán cada semana dependiendo de las provisiones disponibles.

Sinceramente,

El Consejero Escolar

Nombre del Participante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Grado: _____ Edad: _____

Lugar de Distribución: _____

En caso de emergencia favor comunicarse con:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Al firmar este documento doy permiso para que mi hijo/hija participe en el programa de nutrición “HI-Five” del “Second Harvest Food Bank de la Florida Central” y de la escuela _____ en el condado de _____. Si su hijo/hija padece de alguna alergia es importante entender que los alimentos del programa Hi-Five pudiesen contener ingredientes que le afecten adversamente. El “Second Harvest Food Bank” y la escuela _____ no asumen obligación ni responsabilidad alguna por cualquier reacción adversa resultado del consumo de dichos alimentos.

Mi firma sobre este documento indica que estoy conciente de este riesgo y que acuerdo asumir cualquier y todo riesgo asociado con la participación de mi hijo/a en el programa Hi-Five, incluyendo cualquier reacción adversa que pudiera tener mi hijo(a) al ingerir dichos alimentos.

Firma del Padre o Guardián

Fecha