



Formulario de Inscripción  
Programa Nutricional Hi-Five  
Año Escolar 2014 – 2015

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