Estimada Proveedora:
Comenzando el Nuevo ano escolar. Necesitamos la informacion escolar de todos los ninos que participan en el programa de la comida. Porfavor complete la siguiente informacion y retorne esta forma a la oficina antes de Septiembre _____. Si usted no completa esta forma y la devuelve antes de Septiembre _____ esto puedo resultar en que su reclamo no sea procesado en el momento apartuno o los ninos puedon ser rechazados porque no tene mos la informacion correcta. Gracias.

Nombre de la Proveedora: _____

Nombre del Nino	*Grado Nivel/ Tipo de escuela	Districto escolar	Nombre de la escuela	**Dias que atiende la escuela	Horario de entrada	Horario de salida
Ejemplo	Grado 3/A track	Cache	Woodruff	L-M-M-J-V	8:20 am	3:20 pm

*Grado-Nivel/Tipo de escuela
Elija uno de los siguientes:
Escuela, Escuela en el hogar, Todo ano Escuelar/Fuera de la escuela (A,B,C,D), AM Headstart, PM Headstart, AM Kindergarten, PM Kindergarten, Kindergarten todo el dia, Headstart todo el dia.

** Dias de escuela
Indique el dia(s) de la semana que asiste
L, M, M, J, V

This institution is an equal opportunity provider.