



www.HFS-CACFP.org

402-451-6244
6720 N. 30th Street
Omaha, NE 68112

Formula de Infante:

Nombre del Proveedor: _____

Nombre del Infante : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Formula Ofrecida por la Facilidad: _____

_____ Si acepto la formula ofrecida para mi infante.

_____ No acepto la formula ofrecida para mi infante.

Firma del Padre

Fecha

Favor de completar cuando el infante tiene 4-7 meses de edad:

_____ Mi infante esta listo desarrolladamente para comer comidas solidas.

Firma del Padre

Fecha

_____ Yo rechazo el plan de comida que ofrece mi proveedor. Yo proveere la comida para mi infante.

Firma del Padre

Fecha