**Formulário de Matrícula Infantil** (**Portuguese**)

**Programa Alimentar de Assistência para Crianças e Adultos Numero do Provedor \_\_\_**

Prezado(a) pai/mãe/responsável:

Nome da Provedora participa do Programa Alimentar de Assistência para Crianças e Adultos (CACFP) do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA) administrado pela Secretaria de Educação Fundamental e Secundária de Massachusetts.

As refeições servidas devem atender aos requisitos nutricionais estabelecidos pelo Programa Alimentar de Assistência para Crianças e Adultos do USDA. Para participar, a creche concordou em seguir as diretrizes do USDA. Será necessária uma declaração médica do seu médico caso seu filho não possa comer os alimentos exigidos pelo CACFP.

Com o intuito de avaliar se esses requisitos estão sendo atendidos, o USDA e o CACFP exigem que as creches coletem anualmente as informações de matrícula listadas abaixo.

**Preencha o formulário e devolva à sua creche. A Parte 1 e a Parte 3 precisam ser preenchidas por todas as famílias ou responsáveis. A Parte 2 deve ser preenchida APENAS se estiver matriculando uma criança pequena (com menos de 12 meses de idade).**

**PARTE 1: INFORMAÇÕES DE MATRÍCULA DA CRIANÇA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome da criança | Sobrenome | Data de nascimento e idade da criança | | Data de início da creche | |
|  | |  | |  | |
| Numero# \_\_\_\_\_  Horários que a criança normalmente frequenta  Por exemplo, de 7h30 a 17h  Crianca em idade escola-tempos na   * **Proprio Filho** * **Caixa □ A programação varia** | Horários de:  a  a | Marque os dias que seu filho normalmente frequenta | * Domingo * Segunda * Terça * Quarta * Quinta * Sexta * Sábado | Marque as refeições que você solicita que seu filho receba enquanto está na creche | * Café da manhã * Lanche da manhã * Almoço * Lanche da tarde * Jantar * Lanche da noite |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome da criança | Sobrenome | Data de nascimento e idade da criança | | Data de início da creche | |
|  | |  | |  | |
| Numero# \_\_\_\_\_  Horários que a criança normalmente frequenta  Por exemplo, de 7h30 a 17h  Crianca em idade escola-tempos na   * **Propio Filho** * **Caixa □ A programação varia** | Horários de:  a  a | Marque os dias que seu filho normalmente frequenta | * Domingo * Segunda * Terça * Quarta * Quinta * Sexta * Sábado | Marque as refeições que você solicita que seu filho receba  enquanto está na creche | * Café da manhã * Lanche da manhã * Almoço * Lanche da tarde * Jantar * Lanche da noite |
| Nome da criança | Sobrenome | Data de nascimento e idade da criança | | Data de início da creche | |
|  | |  | |  | |
| Numero# \_\_\_\_\_  Horários que a criança normalmente frequenta  Por exemplo, de 7h30 a 17h  Crianca em idade escola-tempos na   * **Proprio Filho** * **Caixa □ A programação varia** | Horários de:  a  a | Marque os dias que seu filho normalmente frequenta | * Domingo * Segunda * Terça * Quarta * Quinta * Sexta * Sábado | Marque as refeições que você solicita que seu filho receba enquanto está  na creche | * Café da manhã * Lanche da manhã * Almoço * Lanche da tarde * Jantar * Lanche da noite |

Se houver outras crianças na creche, preencha formulários adicionais conforme necessário.

***APENAS PARA USO DO ESCRITÓRIO DO PATROCINADOR***

*Data de entrada em vigor deste Formulário de Matrícula:* ***Ano Fiscal 2024/2025***

*A data de entrada em vigor pode ser retroativa ao primeiro dia em que a criança participou do CACFP, contanto que o dia tenha ocorrido no mesmo mês em que este formulário for recebido.*

# PARTE 2: NOTIFICAÇÃO DE REFEIÇÃO PARA CRIANÇAS PEQUENAS (do nascimento aos 11 meses de idade)

Refeições nutritivas que atendem às diretrizes do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos são servidas a todas as crianças matriculadas neste programa, incluindo crianças menores de 12 meses de idade. A creche deve atender aos requisitos de componente de refeições com base na idade e capacidade de desenvolvimento descritos no Padrão de Refeição para Crianças Pequenas. **Os pais/responsáveis podem fornecer no máximo um componente necessário por refeição no padrão de refeição (incluindo leite materno ou fórmula) para que a refeição seja reembolsável no CACFP.**

**Compreendo que esta creche terá a fórmula fortificada com ferro disponível para meu filho enquanto ele estiver sob seus cuidados. (Nome da fórmula infantil fortificada com ferro)**

# Para ajudar a fornecer os melhores cuidados nutricionais ao seu filho, preencha as informações a seguir.

**MARQUE UMA OPÇÃO (leite materno/fórmula):**

Fornecerei leite materno extraído (bombeado) para meu filho e/ou amamentarei na creche. **OU** Fornecerei fórmula para meu filho. Prefiro que a creche forneça a fórmula oferecida.

# MARQUE UMA OPÇÃO (itens alimentares):

Fornecerei todos os itens alimentares para as refeições do meu filho. Recuso alimentos fornecidos pelo prestador/creche.

Escolhi que o prestador/creche forneça a fórmula e desejo fornecer um item alimentar. Fornecerei o seguinte item alimentar creditável:

Gostaria que o prestador/creche fornecesse todos os itens alimentares para as refeições do meu filho.

# PARTE 3: ACEITAÇÃO E ASSINATURA DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Li este formulário de matrícula infantil e solicito que meu filho receba os benefícios do Programa Alimentar de Assistência para Crianças e Adultos mencionados acima. Recebi uma via deste formulário preenchido.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinatura do(a) pai/mãe/responsável | | Data de assinatura (o formulário deve ser preenchido anualmente) |
| Nome do(a) pai/mãe: | Telefone  residencial: | |
| : | Em letra de forma | Telefone  comercial: |
| Endereço de correspondência: |  |
| Cidade, Estado, CEP: |  | Celular: |

DIREITOS CIVIS: Essas informações são voluntárias e não afetarão a elegibilidade de seus filhos. Indique a identidade étnica e racial de seus filhos marcando uma caixa em cada uma das categorias. Essas informações estão sendo coletadas para garantir que todos recebam os benefícios do CACFP de forma justa.

1. **Identidade étnica** □ HISPÂNICO OU LATINO □ NÃO HISPÂNICO OU LATINO.
2. **Identidade racial** □ INDÍGENA AMERICANO OU NATIVO DO ALASKA □ ASIÁTICO □ NEGRO OU AFRO-AMERICANO

□ HAVAIANO NATIVO ou OUTRO ILHÉU DO PACÍFICO □ BRANCO.

# Em caso de dúvidas, entre em contato: Patrocinador ou Creche, Nome do Contato, Endereço e Número de Telefone

# Gina Maniscalco, Nutrition Director Clarendon Early Education Services, Inc. 370 Merrimack St. \* Suite 210 \* Lawrence MA 01843 781-275-2720 Ext 124 [gmaniscalco@clarendonees.org](mailto:jbianchi@clarendonees.org)

Esta instituição promove a igualdade de oportunidades.