Formulário de Matrícula Infantil (Portuguese)

Programa Alimentar de Assistência para Crianças e Adultos Numero do Provedor____

Prezado(a) pai/mãe/responsável:

Sua creche _____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
Horários que a criança normalmente frequenta Por exemplo, de 7h30 a 17h Crianca em idade escola-horario na escola Proprio Filho ___ ✓ **Caixa** ☐ **A programação varia**	Horários de: _____a _____ _____a _____ atualizar ☐	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
Horários que a criança normalmente frequenta Por exemplo, de 7h30 a 17h Crianca em idade escola-horario na escola Proprio Filho ___ ✓ **Caixa** ☐ **A programação varia**	Horários de: _____a _____ _____a _____ atualizar ☐	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
Horários que a criança normalmente frequenta Por exemplo, de 7h30 a 17h Crianca em idade escola-horario na escola Proprio Filho ___ ✓ **Caixa** ☐ **A programação varia**	Horários de: _____a _____ _____a _____ atualizar ☐	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 2025/2026*

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

Endereço de correspondência:___ _____ Telefone comercial: _____

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:

Gina Maniscalco, Director of Nutrition Clarendon Early Education Services, Inc. 370 Merrimack St. * Suite 210 * Lawrence MA 01843
781-275-2720 Ext 124 gmaniscalco@clarendonees.org

Esta instituição promove a igualdade de oportunidades.