



131-A Stony Circle, Suite 300  
 Santa Rosa CA 95401  
 (707) 544-3077  
 FAX (707) 544-2625

# HOJA DE ASISTENCIA PARA LAS COMIDAS

NOMBRE DEL PROVEEDOR/A \_\_\_\_\_ NO. DE LA FACILIDAD \_\_\_\_\_ CAPACIDAD \_\_\_\_\_ MES/AÑO \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Total				
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A _____ EDAD: _____ GRADO: _____	D																																		D		
	Mam																																		Mam		
	A																																			A	
	Mpm																																			Mpm	
	C																																			C	
HORARIO: _____																																					
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A _____ EDAD: _____ GRADO: _____	D																																		D		
	Mam																																			Mam	
	A																																				A
	Mpm																																				Mpm
	C																																				C
HORARIO: _____																																					
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A _____ EDAD: _____ GRADO: _____	D																																		D		
	Mam																																				Mam
	A																																				A
	Mpm																																				Mpm
	C																																				C
HORARIO: _____																																					
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A _____ EDAD: _____ GRADO: _____	D																																		D		
	Mam																																				Mam
	A																																				A
	Mpm																																				Mpm
	C																																				C
HORARIO: _____																																					
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A _____ EDAD: _____ GRADO: _____	D																																		D		
	Mam																																				Mam
	A																																				A
	Mpm																																				Mpm
	C																																				C
HORARIO: _____																																					

IMPORTANTE – Liste las fechas de los festivos en los que usted estará abierto durante éste mes:

Yo certifico que ésta información es correcta en todos los aspectos: Yo entiendo que ésta información está relacionada con el recibo de fondos federales y que retener o dar información equivocada, puede resultar en penalidades bajo los Estatutos Estatales y Federales.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de niños: \_\_\_\_\_

Fecha/hora de la visita de la monitora \_\_\_\_\_

Iniciales de la empleada \_\_\_\_\_