



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



Indica que se sirvió leche sin sabor (1% /descremada niños mayores de 2 años /entera niños menores de 2 años)

# Hoja de Planificacion de Menus

Ponga ésta hoja a la vista de los padres

Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Nombre del Proveedor/a \_\_\_\_\_ No. de la Facultad \_\_\_\_\_

<b>Desayuno</b>		Fecha:	Día:	Fecha:	Día:	Fecha:	Día:	Fecha:	Día:
Leche, Sin sabor									
Carne o Alternativo									
Grano entero o enriquecido									
Frutas, vegetales o jugo									
<b>escoja dos</b>	<b>Merienda am</b>								
	Leche, Sin sabor								
	Carne o Alternativo								
	Grano entero o enriquecido								
	Frutas, vegetales o jugo								
<b>Almuerzo</b>									
Leche, Sin sabor									
Carne o Alternativo									
Grano entero o enriquecido									
Vegetal									
Vegetal o Fruta									
<b>escoja dos</b>	<b>Merienda pm</b>								
	Leche, Sin sabor								
	Carne o Alternativo								
	Grano entero o enriquecido								
	Frutas, vegetales o jugo								
<b>Cena</b>									
Leche, Sin sabor									
Carne o Alternativo									
Grano entero o enriquecido									
Vegetal									
Vegetal o Fruta									

**Complete los menús diariamente.** Una monitora revisará sus menús. Iniciales del Empleado/a \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_