

Forma de Información para Reclamar (CIF)

Usted debe volver esto con su reclamo forma cada mes

Monitor: _____ # de Proveedor _____ Fila: _____
 Licencia: _____ Teléfono (____) _____ Capacidad: _____
 Licencia se Vence: _____ Condado: _____ Fila se Vence: ____/____/____

#	Categoría	Fecha del Nacimiento	Fecha de la Entrada	Edad	Relación	Neces Esp	Dieta Esp	Pague Fuente	Nivel de escuela	Fórmula	Sexo
1						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
22						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
23						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
24						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
25						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
26						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
27						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
28						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
29						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
30						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
31						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
32						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Abierto Día Feriado: Fecha(s): _____ Día Feriado: _____ Niños nuevo con Declaración de Médico: # _____

Niños que empiezan Kindergarten/1er grado este nuevo año escolar: # _____ Grado: _____ # _____ Grado: _____ # _____ Grado: _____

Los niños que salen su cuidado:

Nombre: _____ # _____ Ultimo Día de Cuido: ____/____/____

Nombre: _____ # _____ Ultimo Día de Cuido: ____/____/____

Nombre los niños de edad escolar que comieron Merienda de AM o Almuerzo:

_____ Razón: _____ Fecha: ____/____/____

_____ Razón: _____ Fecha: ____/____/____

_____ Razón: _____ Fecha: ____/____/____

	<i>Explicación</i>
Relación	Nivel de Escuela
O - Propio Hijos	A - Kindergarten de A.M
F - Hijos de Crianza	D - Head Start de A.M.
R - Relacionado, No residente	H - Escuela en el hogar
N - No Relacionado	K - Kindergarten
H - Hijos de Asistente	L - Todo el Head Start día
	M - Kindergarten de P.M
	N - No Escuela
	P - Head Start de P.M.
	S - Edad Escuela
	Y - Escuela todo el Año
Categoría	
A - Activo	
P - Pendiente	
W - Retirado	

Firma: _____ Fecha: ____/____/____