

## Alimentando a Nuestros Niños

### Formulario de Consentimiento de Padres



Estimados Padres/Tutores,

Alimentando a Nuestros Niños, en colaboración con organizaciones locales y voluntarios, se complace en informarles que estaremos ofreciendo un programa semanal de alimentos los días viernes. El programa Alimentando a Nuestros Niños proporciona una pequeña bolsa con alimentos nutritivos y fáciles de preparar en la mochila de su hijo(a) al final de cada semana escolar sin ningún costo para usted. Estos alimentos deben permanecer en la mochila hasta que su hijo(a) llegue a casa. Por favor complete el formulario a continuación si desea que su hijo(a) participe en el programa. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el trabajador(a) social en la escuela de su hijo(a).

.....  
Mi hijo(a) \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para participar en el programa Alimentando a Nuestros Niños.

Por favor indique cualquier alergia o restricción alimentaria que tenga su hijo(a):

Al firmar este formulario, entiendo que:

1. Todos los alimentos deben permanecer en la mochila de mi hijo(a) hasta que llegue a casa.
2. Un adulto debe revisar las bolsas de alimentos para identificar cualquier alérgeno que pueda afectar a mi hijo(a).
3. Algunos alimentos recibidos pueden estar cerca o haber pasado su fecha de "Consumir de Preferencia Antes de" (Según la guía de la FDA, las fechas en los envases indican "Mejor si se consume antes de" y no afectan la seguridad del alimento. Alimentando a Nuestros Niños hará todo lo posible para entregar los alimentos antes de la fecha indicada; sin embargo, algunos productos pueden estar pasados de la fecha indicada. Dichos alimentos seguirán siendo seguros, y esto se determinará en conjunto con el Banco de Alimentos del Este de Illinois y las pautas de la FDA).
4. Asumo todos los riesgos relacionados con el consumo de alimentos, incluyendo reacciones adversas, y deslindo a Alimentando a Nuestros Niños, al distrito escolar y al personal del distrito de toda responsabilidad asociada con la participación en el programa, incluyendo cualquier reacción adversa que mi hijo(a) pueda tener a los alimentos consumidos.

Firma del Padre/Madre/Tutor y Fecha

---