

COMPARTIR INFORMACIÓN CON OTROS PROGRAMAS

Estimado Padre / Tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que proporcionó sobre sus comidas escolares gratuitas o de precio reducido podrá ser compartido con otros programas para los que sus hijos pueden calificar. Para poder compartir su información con los siguientes programas, debemos tener su permiso. El llenar este formulario no cambiará si sus hijos califican para recibir comidas gratis o a precio reducido.

¡Sí! QUIERO que los funcionarios de la escuela compartan información sobre mi aplicación de comidas escolares gratuitas o de precio reducido con **el programa de Alcance del Distrito Escolar de Park City**

Si marcó sí en la casilla de arriba, complete el formulario a continuación para asegurarse de que la información se comparta acerca de el/los niño (s) enumerados a continuación. Su información se compartirá solo con los programas mencionados.

Nombre del niño(a): _____ Escuela: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/ tutor: _____

Dirección: _____

Para obtener más información, puede llamar a **la Oficina de Nutrición Infantil** al **435-645-5600 ext. 1444** o **correo electrónico a childnutrition@pcschoools.us**.

Devuelva este formulario a: **Child Nutrition Office, 2700 Kearns Blvd. Park City, UT. 84060**