Saludos a los Padres de Familia,

Este mes, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en asociación con Women Who Care Ministries, una agencia local sin fines de lucro, pondrá en marcha un programa de Mochila de Alimento para los Niños. Esta carta busca su interés en este programa. El programa es gratuito para usted y esto es cómo funciona:

Antes de las viernes, o antes de las vacaciones, su niño será proporcionado discretamente con una mochila llena de 10-12 alimentos quienes serán no perecederos, enriquecido con vitaminas, y fácilmente consumidos. Los alimentos cubren los grupos alimentarios de leche, proteínas, granos, y frutas.

Para la confidencialidad, las mochilas serán distribuidas a los niños en una forma que no llamará la atención.

Estamos muy emocionados acerca de este programa, y necesitamos su permiso y compromiso de inscribir a su(s) hijo(s) para el programa**.**

Al firmar a continuación, usted da su consentimiento para que sus hijos participen en el programa de alimentos y también acepta la cláusula de exención de responsabilidad. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Denise Mitchell en denise\_l\_mitchell@mcpsmd.org.

La fecha límite para la presentación es de 3 días antes de la semana en que los estudiantes recibirán alimentos. La comida se distribuirá a las familias los viernes.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 **Hoja de Permiso y Renuncia de la Responsabilidad**

\_\_\_\_ Sí, quisiera que mi(s) niño(s) ser(an) una parte del Programa de Mochilas de Comida para Ayudar a los Niños.

\_\_\_\_ No, no quisiera que mi(s) niño(s) ser(an) una parte del programa ahora.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Renuncia de la Responsabilidad: Yo, con mi firma abajo, lanzo la Escuela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de cualquier responsabilidad del alimento recibido con el programa de Mochila de Alimento, y estoy de acuerdo en indemnizarlos y sostenerlos libremente e inofensivo contra todos los daños, pérdidas, reclamos, causas de acción y juegos de la ley o injusticia de cualquier obligación que se presentan fuera de o atribuido a cualquier acción de la Escuela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta, incluyendo, pero no limitado a cualesquiera personales empleados o trabajadores voluntarios quienes proporcionan el alimento a la Escuela\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_..***

Consentimiento parental/del guardián:

Por favor escriba su nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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