



BACKPACK ATTACK



Programa Backpack Attack del Condado de Robertson

Padres/Tutores de: _____

Nos complace informarles que su hijo/a puede ser parte de un programa este año llamado **Programa Backpack Attack**. Este programa es ofrecido por **Second Harvest Food Bank of Middle Tennessee, Inc.** junto con voluntarios y donantes locales.

Si elige permitir que su hijo/a participe, él/ella recibirá un paquete de alimentos nutritivos todos los viernes durante el año escolar. Los alimentos no tienen ningún costo para su hijo/a. Si decide participar en este programa, por favor háganos saber cómo el Programa Backpack Attack está funcionando para usted y su familia.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con la escuela

Por favor marque la casilla correspondiente indicando si su hijo/a tiene alguna alergia alimentaria.

Quiero que mi hijo/a participe en el Programa Backpack Attack

No quiero que mi hijo/a participe en el Programa Backpack Attack.

Mi hijo/a **NO tiene** alergias alimentarias.

¡SÍ! Mi hijo/a tiene una alergia alimentaria:

Lista de alimentos: _____

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____