



DATE: \_\_\_\_\_

**2020 ГОД  
ПУНКТ РАЗДАЧИ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ  
NORTHFIELD TOWNSHIP**

**ИМЯ ВЗРОСЛОГО:** \_\_\_\_\_

**АДРЕС:** \_\_\_\_\_

**АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ:** \_\_\_\_\_

**ТЕЛ.:** \_\_\_\_\_

**ИМЕНА ДРУГИХ ВЗРОСЛЫХ:** \_\_\_\_\_

**КОЛИЧЕСТВО ВЗРОСЛЫХ (СТАРШЕ 18 ЛЕТ)** \_\_\_\_\_

**КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ** \_\_\_\_\_

**ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГИИ:** да/нет \_\_\_\_\_

**НУЖДАЕТСЯ ЛИ ВЫ В ПРЕДМЕТАХ ЖЕНСКОЙ ГИГИЕНЫ:** да/нет

**ДЕТИ**

Имя ребенка	Дата рождения	Школа, которую посещает ребенок