

BORDER COMMUNITY CHILD CARE RESOURCE CENTER

NOMBRE PROVEEDORA:		# PROVEEDOR:			MES & AÑO:			NOMBRE NIÑO/A:	
DIA	ENTRADA AM	FIRMA DEL PADRE	SALIDA AM	FIRMA DEL PADRE	ENTRADA PM	FIRMA DEL PADRE	SALIDA PM	FIRMA DEL PADRE	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

ESTA ES UNA INSTITUCION DE OPORTUNIDADES DE IGUALDAD PARA PROVEEDORES