



Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos  
División de Apoyo Familiar y de la Primera Infancia  
Oficina de Licencias de Cuidado Infantil

## Menú

Nombre del proveedor de cuidado infantil: \_\_\_\_\_

Día / Fecha		Lunes /	Martes /	Miércoles /	Jueves /	Viernes /
<b>Desayuno</b>  <b>Debe incluir:</b> 1 leche líquida 1 fruta/verdura 1 pan/cereal	Fruta/verdura					
	Pan/cereal					
	Leche líquida					
<b>Almuerzo/Cena</b>  <b>Debe incluir:</b> 1 leche líquida 1 carne/frijoles 2 fruta/verdura 1 pan/cereal	Plato principal					
	Carne/frijoles					
	Fruta/verdura					
	Fruta/verdura					
	Pan/cereal					
	Leche líquida					
<b>Colación</b>  <b>Debe incluir:</b> (elija 2 alimentos de los 4 grupos alimenticios) leche líquida Carne/frijoles Fruta/verdura Pan/cereal	Carne/frijoles					
	Fruta/verdura					
	Pan/cereal					
	Leche líquida					