



**Sprouts Town Child Development Center**  
**1605 Montello Ave NE, Washington, DC 20002**  
**(202) 509-6830**  
**[Luwam.berhane.lb@gmail.com](mailto:Luwam.berhane.lb@gmail.com)**

**FOOD ALLERGY/SENSIBILITY / FOOD PREFERENCE CONSENT**  
**ALERGIAS Y SENSIBILIDAD A ALIMENTOS / PERMISO PARA AMINISTRAR ALIMENTOS**  
**PREFERIDOS**

Please, do not serve my child \_\_\_\_\_ the following foods:  
Por favor, no servir a mi niño(a) \_\_\_\_\_ los siguientes alimentos:

Allergy / Sensitivity  
*Alergias / Sensibilidad*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Food Preferences  
*Alimentos preferidos*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

I give my permission for the provider to post my child's information in the classroom in a location that is accessible to all staff. I understand that this location may be visible to other families.

*Yo doy mi permiso para que la proveedora coloque la información de mi niño(a) en un local accesible a los proveedores. Comprendo que la información sobre mi niño(a) puede ser localizado en lugar visible para otras familias.*

\_\_\_\_\_  
Parent's name  
*Nombre del padre/madre*

\_\_\_\_\_  
Parent's signature  
*Firma del padre/madre*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Fecha*