WIC Referral to Head Start

☐ Currently Participating in Head Start ☐ Not Participating in Head Start

Child's Full Name

Child's DOB

Authorized Representative's Full Name

Phone Number

Date of Referral

Height

Hgb

Weight

Date Taken

WIC Clinic Contact Information Here:

Recomendación de WIC para Head Start

☐ Participando en Head Start ☐ No está participando en Head Start

Nombre completo del Niño

Fecha de nac. del Niño

Nombre completo del Representante Autorizado

Núm. de tel.

Fecha de recomendación

Altura

Hgb

Peso

Fecha en que se pesó

Información de Contacto de la Clínica de WIC:

Head Start Referral to WIC

☐ Currently Participating in WIC ☐ Not Participating in WIC

Child's Full Name

Child's DOB

Staff Member's Full Name

Phone Number

Date of Referral

Height

Hgb

Weight

Date Taken

Head Start Site Contact Information Here:

Recomendación para WIC de Head Start

☐ Participando en WIC ☐ No está participando en WIC

Nombre completo del Niño

Fecha de nac. del Niño

Nombre completo del Representante Autorizado

Núm. de tel.

Fecha de recomendación

Altura

Hgb

Peso

Fecha en que se pesó

Información de Contacto de la oficina de Head Start: