



Dear Parent/Guardian,

Your child, _____ (*Child's Name*), at _____ (*Name of School*) has been given the opportunity to participate in the Lowcountry Food Bank's (LCFB's) Backpack Buddies Program in the _____ to _____ school year! The LCFB's Backpack Buddies Program takes place during regular school hours and does not take away from normal academic activities or class time.

Students in the LCFB's Backpack Buddies Program will receive a free bag of snacks every weekend. Participation in the LCFB's Backpack Buddies Program is voluntary, discreet, and requires parental/guardian permission for enrollment. If you would like your child to participate, please complete the information below. Please be sure to indicate all food allergies your child may have. Additional children in your household may also be enrolled in the LCFB's Backpack Buddies Program if space allows.

I, _____ (*print parent/guardian name*) agree to allow my child to participate in the weekly distribution of nutritious snacks sponsored by the Lowcountry Food Bank through the Backpack Buddies program for the current academic school year.

Full Name of Student: _____

Date of Birth: _____ Grade: _____

Food Allergies: _____

Do you have additional children in your household that you would like to enroll if space allows?

<i>Child's Name</i>	<i>Grade</i>	<i>School</i>

Signature: _____ Date: _____

Should you have any additional questions, you may contact the LCFB's Backpack Buddies Program School Coordinator at your child's school.

Thank you!



Queridos Padres/Tutores,

Su hijo/hija, _____ (Nombre de hijo/a), en _____ (Nombre de escuela) le ha sido dada la oportunidad de participar en el programa de "BackPack Buddies" durante el año escolar _____ a _____. El programa de "BackPack Buddies" se lleva a cabo durante el horario regular de escuela, y no altera las actividades académicas o el tiempo en las clases.

Los estudiantes en el programa de "BackPack Buddies" recibirán una bolsa con comida para la fin de la semana. La participación en el programa de "BackPack Buddies" es voluntaria, discreta, y requiere el permiso de un padre/tutor(a) para registrarse. Si quiere que su hijo/a participe, complete la información en este formulario. Por favor indique todas las alergias a ciertas comidas que su hijo/a tenga. Si el espacio está disponible, podría inscribir sus otros niños en el programa de "BackPack Buddies."

Yo, _____ (Nombre de padre/tutor(a)) estoy de acuerdo con que mi hijo/a participe en la distribución semanal de meriendas nutritivas del programa de "BackPack Buddies" por el año escolar académico que es patrocinado por el Lowcountry Food Bank.

Nombre completo del /la estudiante: _____

Fecha de nacimiento del /la estudiante: _____ Año escolar: _____

Las alergias a comidas: _____

¿Tiene usted otros niños y le gustaría ingresar en este programa si hay espacio disponible?

Nombre de niño	Año escolar	Escuela

Firma: _____ Fecha: _____

Si tienen más preguntas, usted puede comunicarse con el/la coordinador(a) del programa de "BackPack Buddies" de la escuela de su hijo/a.

¡Gracias!