



MEAL COUNT WORKSHEET

Month and Year _____

Meal Counts are for all children, including infants.

Due in the office by the 5th day of the following month.

USDA CHILD CARE FOOD PROGRAM - Sponsored by: COORDINATED CHILD CARE OF PINELLAS, INC.

Checked by:

I IIH IIL MX

| | | | | | | |
|----------|--|---|----|---|----|------|
| 5 DAY | | B | AM | L | PM | |
| 15 BLOCK | | | | | | TI |
| LFCCH | | | | | | II H |

Using a #2 pencil, circle the date to match the current month. Fill in the bubble by the child's name for each meal served.

| Date: (circle) | 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 | (For Office Use Only) | | | | | | |
|--|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------------------|---|-------|-------|------|--|--|
| Name: | B | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | TI | | |
| Date enrolled: | AM | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | II H | | |
| Withdrawn: | L | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | II L | | |
| Inf -2yrs +2yrs SA | PM | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | | | |
| Name: | B | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | TI | | |
| Date enrolled: | AM | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | II H | | |
| Withdrawn: | L | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | II L | | |
| Inf -2yrs +2yrs SA | PM | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | | | |
| Name: | B | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | TI | | |
| Date enrolled: | AM | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | II H | | |
| Withdrawn: | L | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | II L | | |
| Inf -2yrs +2yrs SA | PM | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | | | |
| Name: | B | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | TI | | |
| Date enrolled: | AM | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | II H | | |
| Withdrawn: | L | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | II L | | |
| Inf -2yrs +2yrs SA | PM | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | O | | | | | | | |
| Grand Totals | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Daily Totals (For Office Use Only) | B | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | B | _____ | | | | |
| | AM | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | | AM | _____ | | | |
| | L | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | | L | _____ | | | |
| | PM | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | | PM | _____ | | | |

I certify that to the best of my knowledge, this information is accurate in all respects.
 I understand that this information is provided in connection with the receipt of federal funds and may be verified.
 I also understand that deliberate misrepresentation of information may result in state or federal prosecution.

Print Name _____
 Signature _____

Meal Times: B _____ AM _____ L _____ PM _____

CCFP Provider ID

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|