

I _____ as a participant/parent or legal caretaker of a participant of the WIC Program, consent to the release of my name, telephone number, and address by the WIC Program to the **State of Connecticut Food Protection Program** for the purposes of following up on formula testing results.

Date

Date

**Connecticut WIC Program
Consent to Release Participant Information to the
Connecticut Food Protection Program**

**Program WIC de Connecticut
Cosentimiento para la Cesión de Información Sobre Participantes de
WIC al Programa de Protección de Alimentos del Estado de
Connecticut (State of Connecticut Food Protection Program)**

Yo _____ como
participante/madre/padre o guardián legal de un participante del Program WIC,
doy mi consentimiento al Program WIC para proporcionar información sobre mi
nombre, número de teléfono, y dirección al **Programa de Protección de
Alimentos del Estado de Connecticut** (State of Connecticut Food Protection
Program para facilitar los resultados de cualquier test/prueba de formula infantil.

Firma del/de la participante/madre/padre/guardián legal de un participante del
Program WIC

Fecha _____

Testigo

Fecha