

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 **United States Food and Drug Administration** for the purposes of following up on formula testing results.

Date _____

Date _____

**Connecticut WIC Program
Consent to Release Participant Information to the
United States Food and Drug Administration (FDA)**

**Program WIC de Connecticut
Cosentimiento para la Cesión de Información Sobre Participantes de
WIC al Departamento de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos
(United States Food and Drug Administration (FDA))**

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 **Departamento de
Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos** (United
States Food and Drug Administration) para facilitar los resultados de cualquier
test/prueba de fórmula infantil.

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

Fecha _____

Testigo

Fecha