



Hoja de Registración

Fecha: _____

Nombre del niño _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Género: ___M ___F Necesidades especiales: ___ Si ___ No

Necesidades especiales del niño: (Impedimento físico, falta de visión o audición, dieta, Etc.): _____

Días de servicios necesarios: ___ Lunes ___ Martes ___ Miércoles ___ Jueves ___ Viernes

___ ELRC ___ Pago Privado Hora de llegada: _____ Hora de salida: _____

Nombre de la madre: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____

Empleo: _____ Teléfono de empleo: _____

Ocupación: _____ Horas de Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____

Nombre del padre: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____

Empleo: _____ Teléfono de empleo: _____

Ocupación: _____ Horas de Trabajo: _____

Correo electrónico: _____ Celular: _____

PERSONA PARA NOTIFICAR EN CASO DE ENFERMEDAD O EMERGENCIA (además de los padres)

Nombre: _____ Relación al niño: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Prefiere que nos comuniquemos con usted por medio de su correo electrónico? ___ Sí ___ No

Firma de Padre

Fecha

Para uso oficial solamente

Tuition: _____ CCIS: ___ P/P: ___ Class Enrolled: _____ Orientation Date: _____

Servicios Necesarios: _____ Complete Packet Rcvd: _____