

(Office use only)

Registration # _____

Child _____ Adult _____

Checked in Sierra: _____

Yes _____ No _____ Staff _____

Aplicación del Niño(a)

Por favor, escriba claro

Fecha de Hoy ____/____/____
Mes Día Año

Circule o escriba su respuesta donde corresponda

Nombre _____

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Hombre _____ Mujer _____ Fecha de Nacimiento MM/DD/YY ____/____/____

Dirección _____ Pueblo _____ Area Postal _____

Teléfono (1) _____ Teléfono (2) _____

Qué idioma el niño(a) habla mas frecuente? Español Inglés Otro (explique): _____

País de nacimiento del niño(a) _____

Tiene el niño(a) tarjeta de Biblioteca? Sí No

Atiende el niño(a) la escuela? Sí No

En caso atienda, en qué grado está el niño(a)?

Head Start UPK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

A qué escuela el niño(a) atiende? _____

Nombre del padre/madre: _____

Nombre del adulto que atiende a las clases con el niño(a): _____

Qué días el niño(a) atenderá a clases con Usted?

Lunes a.m./p.m.

Martes a.m./p.m.

Miércoles a.m./p.m.

Jueves a.m./p.m.

Viernes a.m.

Hay alguna cosa acerca de su niño(a) que nosotros deberíamos de saber:

Medical Físical Emocional Alergias Otro (indique): _____

Explique: _____