



Aplicación Para Registrar Su Niño/Niña

INFORMACION SOBRE EL NIÑO

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Física: _____ Genero Del Niño: Masculino Femenino

Ciudad _____ Estado _Codigo_____

Primer Lenguaje del Niño: Ingles Español Otro _____

Segundo Lenguaje del Niño: Ingles Español Otro _____

Origen Étnico (Raza): Circule uno
 Blanco Negro Hispano
 Indio Asiático
 O-Racial (especificar) _____

Su Niño(a) ya va al baño solo? Si No Comentarios _____

Anteriormente fue estudiante de Head Start? _____ Si es Si, en donde? _____

Descripción general sobre la salud del niño(a) _____

Deshabilitado o enfermedad crónica? _____

INFORMACION SOBRE LOS PADRES

Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono de Día: _____

Numero Del Celular _____ Numero Del Celular _____

Correo electrónico _____ Correo electrónico _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Educación (Grado Completo): _____ Educación (Grado Completo): _____

Vive con el niño/a Si No Encarcelado

Jefe del Hogar Si No

Estudiante Si No

Programa de Entrenamiento Si No

Embarazada? Si No (Dia de Nacimiento _____)

Primer Lenguaje Ingles Español Otro

Segundo Lenguaje: Ingles Español Otro

Vive con el niño/a Si No Encarcelado

Jefe del Hogar Si No

Estudiante Si No

Programa de Entrenamiento Si No

Primer Lenguaje: Ingles Español Otro

Segundo Lenguaje: Ingles Español Otro

Si un padre/s no tienen custodia de sus hijos. Trabajarían ustedes con nuestra agencia teniendo comunicación con los padres que no tienen custodia de sus hijos Si No

INFORMACION SOBRE LA FAMILIA

Estado Marital De los Padres: Solteros Casados Divorciados Viven Juntos Separados Viudos

Tipo de Familia: Un Padre Dos Padres Padre Joven De Crianza Algún otro familiar es cabeza principal? _____

Comunicación oral preferida? Ingles Español

Comunicación literal preferida? Ingles Español

TANF Recipiente? Si No Tipo: Beneficio efectivo Transportación Guardería Relación con el Trabajo Otro

Beneficios de Seguro Social? Si No

Niños Adicionales	Edad	Fecha de Nacimiento	Anteriormente fue estudiante de Head Start del Condado
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Centro) _____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Centro) _____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Centro) _____

Numero de personas que viven en la casa _____

Contacto de Emergencia _____ Relación con el niño(a) _____ Teléfono/ # del Celular _____

Firma de los Padres _____ Fecha de Aplicación _____

INFORMACION DE REGISTRACION

Submission Date (Office Use) _____ Enrollment Date (Office Use) _____ Exit Date (Office Use) _____ 1st Day of Attendance _____