



FORMA DE REGISTRO – LAKEVIEW EARLY CHILDHOOD CENTER

Fecha ___/___/___ Horario preferido ___AM ___PM Asistieron otros hermanos/as a ECC? _____ Maestra _____
Nombre de los estudiantes: _____

Nombre del niño/a: _____ fecha de nacimiento ___/___/___ Género: ___ masculino ___ femenino

Dirección: _____ Código postal _____ Condado _____

El idioma hablado en el hogar: _____ por el niño/niña _____

Lugar de nacimiento: _____

categoría étnica		
<input type="checkbox"/> indio americano	<input type="checkbox"/> Americano	<input type="checkbox"/> Afro americano
<input type="checkbox"/> hispano/latina	<input type="checkbox"/> asiático	<input type="checkbox"/> multi

¿Estará su niño/niña en una guardería de niños? ___ Si ___ No

Si es sí, el nombre de la persona _____ Dirección _____ Teléfono _____ Celular _____

Nombre de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfono del hogar _____ Celular _____

Teléfono del hogar _____ Celular _____

Teléfono del trabajo _____ turno _____

Teléfono del trabajo _____ turno _____

El niño/niña vive con: _____

Formas que necesita:	Total de ingresos anuales: \$ _____
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento	número de miembros en la familia: _____
<input type="checkbox"/> Registro de vacunas (informe la oficina de la escuela cuando su niño/a reciba vacunas adicionales)	(padre (s) y los niños)
<input type="checkbox"/> Comprobación de ingresos económicos (forma de IRS; talón reciente de cheque)	
<input type="checkbox"/> Verificación de dirección (reciente recibo de luz, agua, gas etc.)	
<input type="checkbox"/> Seguro medico o Medicaid (si aplicable)	
<input type="checkbox"/> Físico (forma verde) (se necesita cuando el niño/a es aceptado en el programa)	

Firma de padres/madre: _____

Fecha: _____

Firma del entrevistador: _____

Fecha: _____

Para uso de la oficina solamente: elegibles ___ inelegibles ___ comentarios _____
Factores de riesgo: (los números de la lista de la forma de factor de riesgo) _____