



Mount Kisco Child Care Center inc.
A Not-for-Profit Early Care & Education Program serving families since 1971

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Fecha que quiere empezar en el Centro: _____

Programa que busca: _____

Nombre del niño/de la niña: _____ Fecha de hoy: _____

Dirección (del niño/de la niña): _____ Número de teléfono de casa: _____

calle

ciudad

estado

código postal

Fecha de nacimiento del niño/de la niña: _____ Género del niño/de la niña: () Niño () Niña

¿Qué días le gustaría que su hijo asista el Centro? (Favor de seleccionar todos los días que quiere) () De lunes a viernes

() Lunes

() Martes

() Miércoles

() Jueves

() Viernes

¿Cómo recibió la referencia al Mount Kisco Daycare? _____

¿Su hijo/a ha asistido otras guarderías (centros de cuidado de niños)? _____

Si la respuesta es "sí", favor de especificar las guarderías anteriores: _____

Nombres y edades de sus otros hijos: _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Dirección de la madre (si es distinta del niño/de la niña): _____

Trabajo de la madre: _____ Horas de trabajo: _____

Nombre & dirección del empleador: _____

Número de teléfono (trabajo) _____

Dirección de correo electrónico de la madre: _____ Número de teléfono (celular) :: _____

Nombre del padre: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____

Dirección del padre (si es distinta del niño/de la niña): _____

Trabajo del padre: _____ Horas de trabajo: _____

Nombre & dirección del empleador: _____

Número de teléfono (trabajo):: _____

Dirección de correo electrónico del padre: _____ Número de teléfono (celular):: _____

¿Tiene su hijo algún problema médico especial? _____

Alergias _____ Hemorragias nasales _____ Problemas de discurso _____

Hábitos de dormir excepcionales _____ Una dieta especial _____

Otras necesidades especiales _____

Ingresos brutos de la familia (Opcional):\$ _____

¿Usted está solicitando ayuda financiera? (si está disponible a la hora de hacer su solicitud) () SI () NO

Mount Kisco Child Care Center no discrimina contra ninguna raza, color, género, religión, ni origen nacional en su administración de solicitudes.

Favor de darnos una breve descripción de su hijo/a, incluyendo cualquier preocupación que puede tener:

FIRMA DE PADRE/MADRE O GUARDIAN LEGAL

FIRMA DE PADRE/MADRE O GUARDIAN LEGAL

OFFICE USE:
Date Application Received: _____ Date entered into ProCare: _____
Tour Date: _____
Initial Contact Date: _____ Enrollment Date: _____
Date Spot Offered: _____ Termination Date: _____