

Centro de aprendizaje temprano

Cuestionario para padres

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Lugar de nacimiento (ciudad) _____ Raza: _____ Idioma _____

Nombre del padre _____ / _____
madre padre

Dirección _____ Número de teléfono: _____

Número de teléfono celular de la madre _____ correo electrónico _____

Teléfono celular del padre # _____ correo electrónico _____

Solicitud de programa

¿Es su hijo hermano de un estudiante de ELC actual o reciente? Si__ No__ Nombre _____

Marque con un círculo e indique la primera y segunda opción si tiene una

Circule uno: _____ AM (5 días) _____ PM (4 días)

¿Tiene una solicitud para un profesor específico? _____

** Todas las solicitudes se basan en la disponibilidad y las necesidades del programa **

Informacion personal

1. Número de hermanos _____ Nombre y edades _____

2. Experiencia escolar _____

3. Enumere las actividades favoritas de su hijo: _____

Información médica

____ Usa anteojos

____ Infecciones de oído

____ Tubos en los oídos

__ Sí __ No Alergias

____ Convulsiones

____ Medicamentos

Otra información de salud _____