



PRE-REGISTRO

Nombre completo del niño(a): _____ M F Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ No. De teléfono de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sobre Nombre: _____ ¿Su niño(a) es entrenada(o) en su bacinica? Si No

Nombre Completo del la Madre/Guardián: _____ # De tele. De casa: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ No. Del Trabajo: _____

Nombre del Patrón: _____ No del Celular: _____

Dirección del Negocio: _____

Días de trabajo/ horas: _____ # De licencia de conducir: _____

Nombre completo del Padre/ Guardián: _____ # De tele. De casa: _____

Dirección (si es diferente del de arriba): _____

Ocupación: _____ No. Del trabajo: _____

Nombre del empleado: _____ No. De celular: _____

Dirección del Negocio: _____

Días de trabajo/horas: _____ # de licencia de conducir: _____

Padres están: ___ Casados ___ Viviendo Juntos ___ Divorciados ___ Separados ___ Enviudado ___ Solo

¿Tiene su niño(a) algún otro hermano(a) registrado en el centro?

Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____

¿Son matriculados actualmente sus niños en otra guardería? ¿Si, dónde?

Tarifa de registro: \$ _____ debido en tiempo de pre-registro para reservar su lugar.

Firma

Fecha