

APLICANTE:

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Información Familiar:

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Nombre de su empleador: _____ Nombre de su empleador: _____

Dirección de su empleador: _____ Dirección de su empleador: _____

Horas de trabajo: _____ Horas de trabajo: _____

Teléfono de su empleador: _____ Teléfono de su empleador: _____

Ingreso neto anual (antes de deducciones): _____ Ingreso neto anual (antes de deducciones): _____

Estado Civil: (encierre en un círculo) Casado Soltero Viudo Divorciado Separado

Otros Niños en la Familia: _____

**En caso de emergencia telefonar a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

*(se llamará a estas personas si no podemos contactar a los padres- también estarán autorizadas para recoger al niño)

Médico del Niño: _____ Dirección: _____

Teléfono del Médico: _____

Recomendado por Center: _____

Firma: _____ Fecha de Aplicación: _____

FIVE TOWNS EARLY LEARNING CENTER
FORMERLY FIVE TOWNS CHILD CARE CENTER

112 WAHL AVENUE, INWOOD, NY 11096

516-239-4660 FAX 516-239-4910 fivetownselc@optonline.net