FAMILY CENTERS'
GREENWICH HEAD START
20 Bridge Street, Greenwich, CT 06830
(203) 629-2822

Kids Corner Head Start
Armstrong Court, Bldg #2
(203) 869-2730

First Steps Head Start
Armstrong Court, Bldg #8
(203) 552-0633

Nombre del niño/a:_____ **Fecha de nacimiento :**_____/_____/_____
Apellido **Primer nombre** **MI** **Niña**___**Niño**_____

Nombre de la madre/Guardian:_____ **La mamá trabaja Si No**

Fecha de nacimiento:___/___/___

Nombre del padre/Guardian:_____ **El papá trabaja Si No**

Fecha de nacimiento:_/____/___

Dirección: _____
Número **Calle** **Ciudad** **Código postal**

No. de teléfono de la casa: _____**Alt. No de teléfono:** _____
Correo eléctronico:_____
Número de personas que viven en la casa (Por favor incluir todos los niños**)** _____

¿Cúal es el ingreso anual aproximado? $_____**¿Uds. reciben algún tipo de ayuda?**_____

Primer idioma del niño:_____
¿Tiene su niño alguna discapacidad?_____

¿Por qué quiere matricular a su niño en el programa Head Start?

_____

_____

ORIGEN	RAZA (ESCOGA TODAS LAS QUE SE APLICAN)		
☐ Hispano o Latino	☐ Blanco	☐ Negro o Afroamericano	☐ Asiático
☐ No Hispano o Latino	☐ Hawaiano o de las Islas del Pacífico.	☐ Indio Americano	☐ Dos o mas razas

Yo autorizo al programa Head Start compartir información básica de mis requerimientos para el cuidado de mi niño con el Junta de School Readiness._____**Si** _____**No**

_____ _____
Firma **Fecha**

Por favor retornar a: Family Centers Greenwich Head Start, 20 Bridge Street, Greenwich, CT 06830 o Armstrong Ct.
Para mas información llamar: Pati Guza, Admissions Coordinator, 629-2822 ext. 3135

Date Rcvd_____
Send Y/N Date_____