



Registración Grupo de Juegos Para Aprender 2017-2018

Fecha: _____ Lugar del grupo: _____ Día del grupo: _____ Hora del grupo: _____

¿Usted ha participado antes en un grupo de juego auspiciado por Countdown to Kindergarten?

Si No Lugar del grupo: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE O ADULTO ENCARGADO:

Nombre del Padre/Encargado: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

Ciudad: _____ Código de Ciudad: _____ Email: _____

Contacto de Emergencia: Favor de nombrar a otra persona que no sea usted.

Nombre: _____ Teléfono #: _____

¿Cuál es tu parentesco con el niño/a participando en el grupo de juego?

- Padre/Madre de nacimiento Padrastro/madrastra Abuelo/a Encargado
- Padre Adoptivo Padre de Crianza Otro familiar (tío/a, etc.)

Indique su grupo de edad:

- Menor de 20 20-29 30-39 40-49 50-59 60+

¿Cuál es tu estado civil?

- Casado Unión Libre Soltero/a Otro _____

Indique la raza que mejor lo describe:

- Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano
- Nativo de Hawai/ Pacífico Isleño Blanco Multi-racial _____

Indique cual etnia mejor lo describe:

- Americano Afroamericano Caribeño Medio Oriente Otro _____

Indique si es Hispano o Latino

- Si No

¿En que tipo de vivienda tu vives?

- Propia Rentada Comparto vivienda con amigos y familiares Arreglo temporal Otro

¿Cuántas personas viven en tu hogar? 2 3 4 5 6 7 8+

¿Alguien en su hogar asiste a las Escuelas Públicas de Boston? Sí No

¿Cuál escuela(s)? _____

¿Es usted nacido en los EE.UU.? Sí No

¿Si no naciste en EE.UU., en qué país naciste? _____

¿Si no naciste en EE.UU., cuánto tiempo has vivido en EE.UU.? 0-5 años 6-10 años 11+ años

¿Cualifica usted para los siguientes servicios?

- Early Head Start/Head Start Intervención Temprana WIC SNAP (Cupones de alimento)
- TANF (Asistencia Transicional) Mass Health Sección 8 Vivienda Vivienda Pública
- BPS Screening

¿Hablas inglés en casa? Sí No ¿Cuál es su idioma preferido? _____

¿Como se entero de los grupos de juego?

- Hoja promocional Amigos/por alguien más Playgroup Leader
- Lista de correo electrónico (JP moms, EVFA) WIC Centro de Salud/hospital
- Intervención Temprana Countdown to Kindergarten Internet
- Escuela/BPS Bibliotecas Pública de Boston Otro _____

INFORMACIÓN DE NIÑERA/RESPONSABLE:

Si otra persona cuida de su hijo/a y va a asistir al grupo de juego, favor de proveer la información de esa persona en esta sección:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono #: _____ Email: _____

Relación con niño: Niñera Proveedora de cuidado Abuelo/a Otro familiar (tío/a, etc.) Otro

Indique su grupo de edad:

Menor 20 20-29 30-39 40-49 50-59 60+

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A:

Por favor incluye el nombre completo de todos los niños que asistirán grupo de juegos incluyendo infantes.

Nombre: _____ Género: F M Fecha de nacimiento: _____ Intervención Temprana BPS Screening

Nombre: _____ Género: F M Fecha de nacimiento: _____ Intervención Temprana BPS Screening

Nombre: _____ Género: F M Fecha de nacimiento: _____ Intervención Temprana BPS Screening

Indique la raza que mejor lo describe:

Indio Americano/ Nativo de Alaska Asiático Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawai/ Pacífico Isleño Blanco Multi-racial _____

Indique cual etnia mejor lo describe:

Americano Afroamericano Caribeño Medio Oriente Otro _____

Indique si es Hispano o Latino

Si No

Anotar cualquier tipo de alergia que sufre su hijo/a: _____

¿Tiene su hijo/a alguna necesidad especial o preocupaciones de las que nos quieras dejar saber? _____

Por favor anote días festivos importantes y tradiciones en su familia: _____

FOTO PUBLICACIÓN (para padres/encargados)

Yo, _____, doy permiso para que mi hijo (a) sea fotografiado, pero no sea identificado durante los Grupos de Juegos ó eventos relacionados con Countdown to Kindergarten. Estas fotografías se pueden utilizar para folletos, páginas Web, comunicados de prensa, de publicidad o promoción. Yo entiendo que cualquier fotografía identificada requerirá un formulario de consentimiento por separado.

Estoy de acuerdo en completar el cuestionario de antes (Otoño) y después (Primavera) para padres y niños.

Yo he leído y he entendido la carta de bienvenida, la Póliza de salud, la Póliza de Asistencia y el requisito del cuestionario.

Firma del Padre/Encargados

Fecha

Firma del Adulto Participante

Fecha