Bright Beginnings Reclutamiento/Registro de Matricula

(Para uso de oficina)

Distrito Escolar_____ Día Procesado_____

Nombre del Padre Educador_____

Nivel de Servicio 1 2 3 4 5

Chequear casilla si hay cambios en la matricula ☐

Nombre del Niño/a_____ **Sexo**: M/F **Teléfono(** **)**_____
(Nombre completo requerido) Primer Segundo Apellido Circule Uno)

Fecha de Nacimiento_____ **Fecha de Parto**_____ **Fecha de Matricula**_____
M/D/A M/D/A M/D/A

Dirección del Niño/a_____
Calle Ciudad Código Postal

Actualmente el Nino vive: ◊ en un motel ◊ en un refugio ◊ con más de una familia en casa o apartamento Moviéndose de un lugar a otro ◊ en transición de vivienda (a través de una agencia de la comunidad) ◊ en un lugar no designado para dormir (parque, coche, camping ◊ en cuidado de crianza

Es este un arreglo de vivienda temporal debido a la perdida de la vivienda o cuidado de crianza?
◊ Si ◊ No

Dirección de correo electrónico de la familia _____

Nacimientos Múltiple: ◊ Mellizos ◊ Trillizos ◊ Cuatrillizos ◊ Otro Fuente de referencia_____
(Favor de marcar uno, si es aplicable)

Recibe servicios adicionales de 0 a Sañosa: NO_____ SI_____ Si marco si, Cual Servicio?_____

Raza del Niño/a: ◊ Indio Americano/ Nativo de Alaska ◊ Asia Americano ◊ Negro/ Afro Americano
(Marque las necesarias) ◊ Blanco ◊ Hispano/Latino ◊ Nativo de Hawai/ Otro Islandés Pacifico

---

Información Familiar:
Estado Civil: Casado_____ Separado_____ Divorciado_____ Viudo_____ Soltero_____

	Madre	**Otro padre/Guardiάn legal**
Nombre:	_____	_____
Dirección (si es diferente que arriba)	_____	_____
Fecha de Nacimiento	_____	_____

Estadía de trabajo:

□ Medio tiempo □ Tiempo completo	□ Medio tiempo □ Tiempo completo
□ Desempleado	□ Desempleado
□ Licencia medica/Deshabilitado	□ Licencia medica/Deshabilitado
□ En casa con los niños	□ En casa con los niños

Return to: Kent ISD Bright Beginnings 2930 Knapp NE, Grand Rapids, MI 49525 Revised 2/27/2015

Ultimo Grado Completado: Madre
□ Doctórate □ Postgrados Mastermas
□ Bachillerato □ Asociado
□ Algún Colegio □ HS Diploma/GED
□ Algún HS □ No HS □ Other_____
(Esta información es requerida por nuestro auspicia dores)

Ultimo Grado Completado: Padre
□ Doctórate □ Postgrados Mastermas
□ Bachillerato □ Asociado
□ Algún Colegio □ HS Diploma/GED
□ Algún HS □ No HS □ Other:_____

Correo Electrónico de la familia_____
Si usted prefiere recibir información a este correo electrónico
Número total de personas en el hogar, incluyendo todos los adultos y niños: _____

Entradas del Hogar: Ingres Anual: $ _____

Esta información es utilizada para propósito e stalidistico y es requerido por nuestro auspiciadores.

Información del Niño/a
Idioma usado más frecuente en el hogar: _____

Alguno en la familia es deshabilitado o con retraso?_____
Describa_____

Hermanos viviendo en el hogar
M/F Edad:_____ Fecha de nacimiento_____ Nombre:_____
M/F Edad:_____ Fecha de nacimiento_____ Nombre:_____
M/F Edad:_____ Fecha de nacimiento_____ Nombre:_____
M/F Edad:_____ Fecha de nacimiento_____ Nombre:_____

Residentes en el hogar que no sea familia inmediata:
M/F Edad:_____ Fecha de nacimiento_____ Nombre:_____
M/F Edad:_____ Fecha de nacimiento_____ Nombre:_____

Lugar de nacimiento (Cuidad, Estado)_____

Peso del niño Cuando nació:_____ Cuántos días estuvo el niño en el hospital cuando nació?:_____

Enfermedad o complicación durante el embarazo o parto?_____
_____
_____

Ha estado el niño hospitalizado después que nació? Si o' No y Porque?_____

Nombre del medico o proveedor de servicio del niño a:_____

Fecha del último examen medico:_____
_____
_____