

RANK # _____

SAN MATEO-FOSTER CITY SCHOOL DISTRICT TURNBULL CHILD DEVELOPMENT CENTER

715B INDIAN AVENUE SAN MATEO, CA 94401

Tel: (650) 312-7766 Fax: (650) 312-7729

INFORMACION DEL NIÑO:

Nombre del niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Idioma del hogar del niño/a _____

¿Está este niño inscrito actualmente en otro preescolar? Si _____ No

¿Es un niño adoptivo? Si No

¿Es independiente el niño para ir al baño? Si En proceso

¿Este niño tiene un CPS activo o está en riesgo de ser referido por un profesional? Si No

¿Tiene el niño un IEP (Plan de Educación Individualizado)? Si No

RAZA / ETHNICIDAD:

a) ¿Es su niño Hispano o Latino? Si, es Hispano o Latino No, no es Hispano o Latino

b) ¿Cuál es la Raza de su niño? Indio Americano Chino Japonés Coreano
 Otro Asiático Africano Americano Blanco Filipino Hawaiano Samoano
 Otras Islas del Pacifico

MADRE/GUARDIAN A:

Nombre _____ Estado Civil _____

Dirección de su Domicilio _____
Calle Apto. Ciudad Código Postal

Dirección de correo electrónico: _____ Tamaño de la Familia: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de Casa: _____

Por favor marque todos los que apliquen:

Trabajando Asiste a Programa de capacitación vocacional Asiste a la Escuela No tiene hogar

Buscando empleo Madre que se queda en casa Incapacitado Buscando Vivienda Permanente

Horas Trabajadas por Semana _____ Ingreso Mensual (antes de impuestos y deducciones) _____

Si recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos, incluya la cantidad mensual recibida.

Manutención de menores: \$ _____ Discapacidad o desempleo: \$ _____ Manutención del cónyuge: \$ _____

Ayuda en efectivo (CalWORKs o TANF): \$ _____ Compensación al trabajador: \$ _____

Subsidio para vivienda: \$ _____ Jubilación o SSA: \$ _____ Otros ingresos: \$ _____

PADRE/GUARDIAN B:

Nombre _____ Estado Civil _____

Dirección de su Domicilio _____
Calle Apto. Ciudad Código Postal

Dirección de correo electrónico: _____ Tamaño de la Familia: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de Casa: _____

Por favor marque todos los que apliquen:

Trabajando Asiste a Programa de capacitación vocacional Asiste a la Escuela No tiene hogar

Buscando empleo Padre que se queda en casa Incapacitado Buscando Vivienda Permanente

Horas Trabajadas por Semana _____ Ingreso Mensual (antes de impuestos y deducciones) _____

Si recibe alguno de los siguientes tipos de ingresos, incluya la cantidad mensual recibida.

Manutención de menores: \$ _____ Discapacidad o desempleo: \$ _____ Manutención del cónyuge: \$ _____

Ayuda en efectivo (CalWORKs o TANF): \$ _____ Compensación al trabajador: \$ _____

Subsidio para vivienda: \$ _____ Jubilación o SSA: \$ _____ Otros ingresos: \$ _____

PROGRAMA DE PREFERENCIA:

Turcnbull 715B Indian Ave. San Mateo, CA 94401

PIP: Parent Involvement Program (8:30am-12pm)

Medio Tiempo 3 años (8:15-11:15am)

Medio Tiempo 4 años (12-3pm)

Tiempo Completo (8:30-4:30pm)

LEAD 949 Ocean Ave. San Mateo, CA 94401

PIP: Parent Involvement Program (8:30am-12pm)

Parkside 1685 Eisenhower St. San Mateo, CA 94403

Programa Montessori (8:30-12pm)

North Shoreview 1301 Cypress Ave. San Mateo, CA 94401

Programa Montessori (8:30-12pm)

Yo _____, certifico que la información proporcionada es verdadera.
(Nombre del Padre de Familia / Guardian)

FIRMA _____

FECHA _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Llamada telefónica realizada _____

NOTAS _____