



### ECCDC Formulario de Inscripción

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
Apellido Inicial Media Nombre

Cuidado necesario: ¿Días y Hora? M \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ W \_\_\_\_\_ Th \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Preferencia de Centro:  Clothier (Lincoln y Fig)  Boyce (9th y Tulip)  No tengo preferencia

¿Su hijo tiene una necesidad especial?  No  Sí IEP/IFSP/Terapia/ Servicios Otro: \_\_\_\_\_

Raza (Marque Uno):  Indio Americano o Nativo de Alaska Origen Étnico (Marque Uno):  
 Negro o Afroamericano  Caucásico  Hispano o Latino  No hispanos o latinos

Asiático  Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico Idioma Primario: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Cualquier alergia/medicamento conocido?  No  Yes

Nombre de Padre/Tutor A: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_ Vive con el niño?  No  Sí

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número Calle

Número de Teléfono: Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - Casa(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Raza (Marque Uno):  Indio Americano o Nativo de Alaska Origen Étnico (Marque Uno):  
 Negro o Afroamericano  Caucásico  Hispano o Latino  No hispanos o latinos

Asiático  Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico Idioma Primario: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor B: \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_ Vive con el niño?  No  Sí

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número Calle

Número de Teléfono: Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - Casa(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Raza (Marque Uno):  Indio Americano o Nativo de Alaska Origen Étnico (Marque Uno):  
 Negro o Afroamericano  Caucásico  Hispano o Latino  No hispanos o latinos

Asiático  Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico Idioma Primario: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**Nombre a todos los miembros inmediatos de la familia (menores de 18 años) que viven en el hogar:**

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Relación a Niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Relación a Niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Relación a Niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_ Relación a Niño(a): \_\_\_\_\_

Tamaño de Familia (viviendo en casa): \_\_\_\_\_ ¿Cómo se enteró de ECCDC? \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso	Padre/ Tutor A	Padre/ Tutor B
Mensual (bruto)		
Manutención de hijos		
Ayuda de Gobierno		
Otro Ingreso		
Ingresos Total Mensual		

**Es responsabilidad de los Padres/Tutor actualizar cualquier información en este formulario. Los Padres/Tutores que soliciten servicios de cuidado infantil financiados por el estado deberán mostrar documentación del tamaño de la familia, ingresos familiares y la necesidad de servicio. ECCDC se comunicará con usted cuando su niño sea elegible para inscribirse según el sistema de clasificación y la disponibilidad del centro.**

Return to ECCDC: 830 E. Grand Ave. Escondido, CA 92025 Phone: 760-839-9361 Fax: 760-745-8567

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Investing in our Community...One Family at a Time.

