



The Lutheran Day Nursery of Chicago

1802 N. Fairfield
Chicago, IL 60647
773-486-4222

Aplicacion Para Registro

(Por Favor completar en su totalidad)

Apellido	Nombre	Fecha del Nacimiento
Origen etnico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Otro (no Hispano)		
Sexo <input type="checkbox"/> Varon <input type="checkbox"/> Hembra		

Informacion Del Padre/Custodio				
Apellido de la Madre		Nombre		Fecha de Nacimiento
Direccion Residencial			Telefono del Hogar ()	
Ciudad	Estado	ZIP	Telefono del Trabajo ()	
E-mail Personal			Telefono Celular ()	

Apellido de la Madre		Nombre		Fecha de Nacimiento
Direccion Residencial			Telefono del Hogar ()	
Ciudad	Estado	ZIP	Telefono del Trabajo ()	
E-mail Personal			Telefono Celular ()	

Religion (Opcional)	Iglesia (Opcional)
---------------------	--------------------

Niño/a vive con (marcar todo lo que aplique)				
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Abuela/o	<input type="checkbox"/> Padres Adoptivos	<input type="checkbox"/> Custodio <input type="checkbox"/> Madrastra/Padrastra

Padres son <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> No Casados <input type="checkbox"/> Otro
--

Otros Niños en la Familia	
Nombre:	Fecha de Nacimiento
Nombre:	Fecha de Nacimiento
Nombre:	Fecha de Nacimiento
Nombre:	Fecha de Nacimiento
Nombre:	Fecha de Nacimiento

Empleo de los Padres		
<u>Madre</u>		
Nombre de Empleo		
Direccion		
Ciudad	Estado	ZIP
Telefono ()		Extension
Salario Bruto/Periodo pagado:	Pagan ___ semanal ___ cada 2 semanas ___ quincenal ___ mensual	
Titulo	E-mail del Trabajo	

<u>Madre</u>		
Nombre de Empleo		
Direccion		
Ciudad	Estado	ZIP
Telefono ()		Extension
Salario Bruto/Periodo pagado:	Pagan ___ semanal ___ cada 2 semanas ___ quincenal ___ mensual	
Titulo	E-mail del Trabajo	

Ingreso Adicional Recibido			
	Tipo	Cantidad	
	Alimony/Child Support	\$	
	Pension, Seguro Social, SSI, SSDI	\$	
	Desempleo	\$	
	Asistencia Publica	\$	# de Caso:
	Cupones/LINK Card	\$	# de Caso:

Otros Contactos			
Nombre			Relacion con el niño/a
Direccion			Telefono del Hogar
Ciudad	Estado	ZIP	Telefono Celular

Nombre			Relacion con el niño/a
Direccion			Telefono del Hogar
Ciudad	Estado	ZIP	Telefono Celular

Nombre			Relacion con el niño/a
Direccion			Telefono del Hogar
Ciudad	Estado	ZIP	Telefono Celular

Yo doy completa autorizacion para que mi hijo/a:

1. Reciban cuidado de salud incluyendo tratamiento medico de emergencia.
2. Reciban educacion religiosa.
3. Permiso para dejar los premises escolares ya sea para visitas, paseos al vecindario o paseos a sitios fuera de la escuela.
4. El uso de fotografias con proposito publicitario para el Nursery (fotografias con capciones no estan en el internet).

Firma: _____
Padre o Custodio

Office Use Only
Date Applied: _____
Date Admitted: _____
Fee: _____
Date Dismissed: _____
Applied for DHS: _____