



1419 Broadway, Brooklyn, NY 11221

T. 718-443-3917 F. 718-452-6459

Date of Registration: _____

Child's Name: _____ DOB: _____ Age: _____ Sex: _____

Parent/Guardian Name: _____ Relation: _____

Address: _____ Zip Code: _____

Cell #: _____ Work #: _____

Alternate Contact Person

Name: _____ Relation: _____

Cell #: _____ Work #: _____

Family Information

Total # of Household Members: _____ Single Parent? Teen Parent?

Source of Income

Employment TANF SSI Unemployment Other: _____

Gross Income: _____ Per Week? Per Month?

Child have: Medicaid Private Health Insurance

Child's Dominant Language: _____

Parent/Guardian attending school? Foster Child? Special Needs/Disability?

Check all documents attached:

Birth Certificate Immunization Book Proof of Income Medicaid/Health Insurance

Notes: _____



1419 Broadway, Brooklyn, NY 11221

T. 718-443-3917 F. 718-452-6459

Fecha de registraci3n: _____

Nombre del ni1o: _____ DOB: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre del Padre/Guardia: _____ Relaci3n: _____

Direcci3n: _____ C3digo postal: _____

de Celular: _____ # del Trabajo _____

Persona de Contacto Alternativa

Nombre: _____ Relaci3n: _____

de Celular: _____ # del Trabajo _____

Informaci3n de Familia

N1mero total de miembros del hogar: _____ Padre soltero? Padre adolescente?

Prueba de Ingreso

Empleo TANF SSI Desempleo Otro: _____

Ingresos total: _____ Por semana? Por mes?

Ni1o tiene: Medicaid Seguro de salud privado

Lenguaje dominante del ni1o: _____

Padre/guardia asisten a la escuela? Hijo de foster? Necesidades Especiales/Discapacidad?

Revise todos los documentos adjuntos:

Certificado de nacimiento Libro de vacunas Prueba de ingreso Tarjeta de salud

Notas: _____
