



Child Care Choices of Boston
Forma de Matriculación
Favor de llenar una matriculación por participante.

Nombre: _____
 (Use Letra de Molde)

Dirección: _____
 (Use Letra de Molde)

Ciudad/Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____
 (Use Letra de Molde) (Use Letra de Molde)

(Confirmación de Talleres solo serán enviadas por este medio; si usted no cuenta con un correo electrónico, usted no recibirá su confirmación)

Teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____

Lugar de Empleo: _____

Posición: _____ Fecha de nacimiento:

Mes	Día	Año
□ □ -	□ □ -	□ □ □ □

Contamos con un nuevo sistema de matriculación el cual requiere fecha de nacimiento para poder crearle un número de identificación.

Programa y Edades con las que trabaja usted.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educadora FCC Independiente/Sistema | <input type="checkbox"/> Centro Infantil/Guardería |
| <input type="checkbox"/> Infantes (0 - 15 meses) | <input type="checkbox"/> Preescolares |
| <input type="checkbox"/> Párvulos (15 - 2.9) | <input type="checkbox"/> Edad Escolar |

1) Taller: _____ Fecha: _____

Sitio: _____ Cuota: _____

2) Taller: _____ Fecha: _____

Sitio: _____ Cuota: _____

3) Taller: _____ Fecha: _____

Sitio: _____ Cuota: _____

Forma de Pago:

Suma Total: \$ _____ Efectivo/Recibo # _____

(Favor de no Enviar Efectivo)

Cheque # _____

Giro Postal # _____

No se aceptan matriculaciones por teléfono

Las cuotas no son reembolsables, solo si CCCB cancela talleres

Si usted llega 15 minutos tarde, usted necesita matricularse para el próximo taller disponible

*** NO SE PERMITEN NIÑOS, FAMILIARES NI PERSONAS NO MATRICULADAS EN LOS TALLERES ***

* Se Requiere Firma del Participante: _____ *

Favor de hacer cheque o giro postal
 a nombre de CCCB y enviar a:
 Training Department
 Child Care Choices of Boston 8th Floor
 105 Chauncy Street
 Boston, MA. 02111

CCCB Training Department
 Teléfono 617-348-6381 (Norma)
 Fax: 617-457-3761
 Correo Electrónico: pizarro@bostonabcd.org