



# Child Care Choices of Boston

## Head Start Staff Workshop Registration Form

*Please fill out one registration form per participant/  
Favor de llenar una matriculación por participante*

Name/ Nombre: \_\_\_\_\_  
(Print Name) (Use letra de molde)

Address/Dirección: \_\_\_\_\_  
(Print) (Use letra de molde)

City and Zip: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
(Print) (Use letra de molde)

*We send confirmation notices only by email; if you don't have one, you won't receive confirmation/Confirmación de talleres solo serán enviados por este medio; si usted no tiene un correo electrónico, usted no recibirá su confirmación.*

Phone/Teléfono: (home/casa) \_\_\_\_\_ (work/trabajo) \_\_\_\_\_

Place of Employment/ Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Month/Mes    Day/Día    Year/Año

Position: \_\_\_\_\_ Birth Date/Fecha Nacimineto   -   -

*We are now asking for birth dates - our database creates a unique ID number based on your birth date/Contamos con un nuevo sistema de matriculación el cual requiere fecha de nacimiento para poder crearle un número de identificación.*

What age group do you work with?/¿Con que edades trabaja usted?:

- Infant (0-15 months/meses)                       Preschool/Preescolar  
 Toddler (15-2.9 months/meses)                       School Age/Edad Escolar

Does your program accept vouchers?/ Acepta su programa vales?                      Yes/Si    No

1) Workshop/Taller: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Location/Sitio: \_\_\_\_\_ Fee/Cuota: \_\_\_\_\_

2) Workshop/Taller: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Location/Sitio: \_\_\_\_\_ Fee/Cuota: \_\_\_\_\_

3) Workshop/Taller: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

Location/Taller: \_\_\_\_\_ Fee/Cuota: \_\_\_\_\_

**We do not accept registration over the phone. Payments are not refundable unless CCCB cancels workshops**

**No se aceptan matriculaciones por teléfono. CCCB no rembolsa cuotas solo si CCCB cancela talleres**

**If you are 15 minutes late you must register for the next available workshop**

**Si usted llega 15 minutos tarde usted debe matricularse para el próximo taller disponible**

**Children, family members and non-registered guests are not allowed in workshops**

**No se permiten niños, familiares y personas no matriculas en los talleres**

Head Start Program Director Signature: \_\_\_\_\_

Head Start Program Charge Number: \_\_\_\_\_

\* Participant's Signature Requied/Firma del Participante: \_\_\_\_\_ \*

Please return with check/money order to:  
Favor de hacer cheque o giro postal  
a nombre de CCCB y mandar a:  
Attention: Training Department  
Child Care Choices of Boston 8<sup>th</sup> Floor  
105 Chauncy Street, Boston, MA 02111

CCCB Training Department  
Telephone/ Teléfono:  
617-348-6381  
Fax: 617-457-3761  
Email: pizarro@bostonabcd.org