Child Care Choices of Boston

Forma de Matriculación para la Orientación

Favor de llenar una forma de matriculación por participante

NOMBRE: _____
(Use Letra de Molde)

DIRECCIÓN: _____
(Use Letra de Molde)

CIUDAD/CODIGO POSTAL: _____
(Use Letra de Molde)

TELÉFONO: (casa) _____ (trabajo) _____
(Use Letra de Mole) **(Use Letra de Molde)**

CORREO ELECTRONICO: _____

(El Correo Electrónico es importante – ya que los avisos de confirmación de talleres solo serán enviados por este medio; si usted no tiene un Correo electrónico, usted no recibirá su confirmación)

Fecha de Nacimiento: Mes ☐☐ - Día ☐☐ - Año ☐☐☐☐

Usted está planeando ser: ☐ ¿Proveedora con licencia?* ☐ ¿Asistente con certificado?

*****_Si usted planea ser proveedora con licencia, Usted debe presentarse a la orientación con el_ ***certificado*** _de (Posible Proveedora (PPM) y el_ ***Paquete de Solicitud de Licencia*** _de Proveedora que usted recibió del Departamento de Educación y Cuidado Infantil (EEC)_

	Nombre del Taller	Fecha	Cuota
1.	ORIENTACIÓN	_____	$15.00
2.	PRIMEROS AUXILIOS & RPC	_____	$55.00

Indique Forma de Pago:

Suma Total: $_____ Efectivo/Recibo # _____
(Favor de no Enviar Efectivo)

Cheque # _____

Giro Postal # _____

NO SE ACEPTAN MATRICULACIONES POR TELEFONO

CCCB NO REMBOLSA CUOTAS, EXCEPTO SI CCCB CANCELA LA ORIENTATION/RPC

NO SE PERMITEN NIÑOS, FAMILIARES Y PERSONAS NO MATRICULAS EN LA ORIENTACIOn

SI UD. LLEGA 15 MINUTOS TARDE UD. DEBE MATRICULARSE PARA LA PROXIMA ORIENTACION

*Se Requiere Firma del Participante: _____ *

Favor de hacer Cheque o Giro Postal a nombre de CCCB y enviarlo 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
Email:pizarro@bostonabcd.org