|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  **BOLETA DE PRE-INSCRIPCIÓN** | **USO OFICIAL** |
|  | **FID:** |       |
| **\*Favor de cumplimentar la Boleta de Pre-Inscripción en su totalidad en letra de molde.** | **USI:** |       |
|  | **EDAD EN AGOSTO:** |       |
| **Nombre del Niño[a]:** |       |
| **Fecha de Nacimiento:** | Click here to enter a date. |
|  |
| **Dirección Postal:** |       |
|  |  |
| **Dirección Residencial:**  |       |
|  |
| **Teléfonos:**  |       | - |       | - |       | / |       | - |       | - |       |  |
|  |
| **Nombre del Padre:** |       |
|  |  |
| **Nombre de la Madre:** |       |
|  |
| **Programa que Solicita:** | Choose an item. |
| **Centro:** |       |
|  |
| **¿Su niño[a] tiene alguna condición de salud?** |[ ]  No |[ ]  Si: |       |
|       |
| **¿Su niño[a] tiene alguna dieta especial o alergia a alimento?**  |[ ]  No |[ ]  Si: |       |
|       |
| **¿Su familia tiene alguna situación social que le afecte?** |[ ]  No |[ ]  Si: |       |
|       |
| **¿Su niño[a] tiene algún impedimento?** |[ ]  No |[ ]  Si: |       |
|       |
| **Firma del Oficial de Reclutamiento:** | Click here to enter text. |  |
|  |
| **CERTIFICACIÓN** |
| Yo |       | certifico que toda la información  |
| suministrada es verdad. Comprendo si alguna parte de la información suministrada es falsa, mi participación en el programa se podría ver afectada o de ser necesario se tomará acción legal sobre la situación. Entiendo que la información suministrada en esta aplicación será salvaguardada por la Agencia en estricta confidencialidad y estará accesible para mí en las horas normales de servicio según el protocolo. |
|  |
|  |
|       |  |  |  | Click here to enter text. |
| Nombre en letra de molde de encargado |  |  |  | Firma del encargado |
| **Fecha:** | Click here to enter a date. |  |  |  |