

CUIDAD Ft. Sumner Head Start (Web)
PO Drawer M, 1001 Sumner Blvd.
Ft Sumner NM 88119

NINO APLICANDO: _____
Primer nombre Medio nombre Apellido

Por favor seleccionar la sesión preferida
Primer Opción (Sólo elegia uno): Mañana Tarde Cualquier
Segunda Opción (Sólo elegia uno): Mañana Tarde Cualquier

INFORMACION DE MEMBROS DE LA FAMILIA -Empezando con adulto primario, complete lo siguiente de **TODOS** los miembros de la familia incluye el niño aplicando.

1st	2nd	Muy Bien	Bien	No Muy Bien	No Del Todo	Si	No	Relativo al Nino/a Aplicando	
									Ingles
								(por ejemplo, madre, padre, madrastra, padrastro, hermanastro, hermanastra, brother, sister, abuela, abuelo, tia, tio, otro pariente, no pariente, etc.)	
		X						X Madrastra- Adulto Primario	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

Educacion: Marca el nivel mas alta de educacion para cada **ADULTO** en la casa.

Nombre de Adulto	Nivel mas alta de Educacion Completada	Fecha Completada	Corrientemente Matriculado
(POR EJEMPLO) Joanna Hernandez	Grado doce	25 de Mayo, 1998	SI <u>NO</u>
1			SI NO
2			SI NO

Es algun maestra(o) de este Head Start pariente de este niño (a)? Favor de nombrar la persona(s) _____

