

Coalition for Hispanic Family Services

Arts & Literacy Program

315 Wyckoff Avenue. 5th Floor

Brooklyn, NY 11237

Phone: 718-497-6090 ext. 318

Fax: 718-4970-9495

(ATTACH TWO 2X2 (PHOTOS))

If your child has been enrolled in the previous year,

please state if:

Summer _____ yr.

Fall _____ yr.

Spring _____ yr.

Date of Application _____.

**2015-2016 APLICACION PARA EL PROGRAMA DESPUES DE LA
ESCUELA**

Lista de comprobación del padre

*Por favor asegúrese de que haya **DOS FOTOS** de su niño.

*Por favor asegúrese de que la aplicación este completa y firmada
Especialmente el FORMULARIO MÉDICO por el ¡DOCTOR!

¡Solo aplicaciones completa serán aceptadas! ***

Compruebe apagado

- Dos fotos de niño
- Información del participante
 - Permiso de la recogida
 - Permiso del despido
- Información del padre/del guarda
 - Información de la salud
- Asistencia médica de la emergencia de DYCD
 - Consentimiento video de la entrevista de foto
 - Forma del permiso
 - Reglas
- Padre y doctor médicos de la forma

*Por favor asegúrese de que haya DOS FOTOS de su niño.

*Por favor asegúrese de que Todo este completo y se firmado **Especialmente**
la **FORMA MÉDICA** por el **¡DOCTOR!**