Georgia Dept of Early Care and Learning
BRIGHT FROM THE START

Programa Pre-K de Georgia
Formulario de Información de Lista de Espera

Escriba claramente en letra de imprenta **el nombre como aparece en el Acta de Nacimiento**

Fecha de hoy (M/D/A)			
Apellido			
Nombre			
Sufijo (Jr, Sr, II, III)			
Fecha de nacimiento (M/D/A)	Género		Últimos 4 dígitos del Seguro Social
____/____/_____	☐ M ☐ F		___ ___ ___ ___
Dirección domiciliar	Ciudad	Estado	Código postal
		GA	
Condado de residencia			
Nombre del Padre/Madre/Tutor			
Número telefónico principal			Número telefónico adicional
Dirección de correo electrónico			
Método preferible de comunicación			
Llamada telefónica: ☐ Correo electrónico: ☐ Mensaje de texto: ☐ Número de teléfono celular: _____			

La información que se proporciona en este formulario es compartida con Department of Early Learning con el fin de mantener una lista de espera a nivel estatal para el Programa Pre-K de Georgia. Al llenar este formulario y al firmar a continuación usted da el consentimiento para compartir esta información.

Firma del padre/madre/tutor Fecha