

REGISTRACIÓN PARA TALLER DE PADRES

REGISTRACIÓN Y TALLER ES GRATIS!

¿CUÁL TALLER ESTÁ INTERESADO?

Crianza de los hijos pequeño (Infante hasta 8 años) Crianza de Adolescente (9-18)

¿Cual Fecha? (Taller esta designado en 4 partes): _____

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Dirección: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha de nacimiento del padre/madre: _____ Lenguaje preferido: _____

Edad del niño(s): _____

¿Tienes acceso a una computador o equipo con camera en su casa? SI NO

Esté taller fue referido por Lebanon County Children and Youth? SI NO

Y si es si, cual es el nombre de la trabajadora(o) social?: _____

¿Cómo se enteró de este taller? (selecciona toda que aplica):

La Corte/Probatoria Servicios Sociales (marca una): _____

Presentación en la comunidad/Feria de salud El periódico/Radio Flyer Por el internet

Rede Sociales Otro (por favor se especificó): _____

POR FAVOR LLENE Y ENTREGA:
LEBANON FAMILY HEALTH SERVICES - 615 CUMBERLAND ST., LEBANON, PA 17042
ATTN: HOLLY DOLAN

** Para confirme su asistencia recibirá una llamada aproximadamente 1 semana antes de que el curso/taller comience.*

**No hay cuidado de niños disponible. Por favor, haga otros arreglos.*

615 Cumberland Street, Lebanon, PA 17042



lebanonfamilyhealth.org



Los Servicios de Lebanon Family Health Services prohíben la discriminación contra cualquier Cliente, Empleado o Solicitante de Empleo, por motivos de raza, edad, género, color, ascendencia, orientación sexual, origen nacional, residencia legal, estado de veterano, capacidad de pago, credo religioso, paternidad, relación marital, preferencia anticonceptiva o discapacidad.