

FORMA DE MATRICULA ESTUDIANTIL

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Estudiante: Primer: _____ Apellido: _____ Edad _____

Nombre de Padres Primer: _____ Apellido: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____Codigo Postal: _____

Numero de telefono: - Casa _____ Cell: _____

Doctor del nino: _____Numero de telefono _____

Problemas de salud, alergias: _____

Clase: _____ Hora: _____ Dia: _____

Clase: _____ Hora: _____ Dia: _____

Clase: _____ Hora: _____ Dia: _____

Matriculacion: \$35.00

Costo de clases _____

Costo Total: _____

Student Number _____

Spanish Registration Form