



## Registro de participacion

Gracias por su interes en Kaleidoscope Juega y aprende. Queremos saber acerca de ustedes y sus inquietudes. Usted no esta obligado a completar este registro o proveer ninguna information que usted no quiera compartir. Pero esta information nos ayudara a saber un poco acerca de ustedes. Esta information es confidencial

Su Nombre: \_\_\_\_\_

Su direccion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Su numero de telefono: \_\_\_\_\_

Su correo electronico: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Telefono del contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre de el Niño (Primer Nombre )	Edad	Fecha de nacimiento de el niño/a	Relacion con el Niño/a

Alguna alergia?