

Formulario de asistencia a evento

Complete todas las secciones de este formulario. Escriba claramente toda la información necesaria. Devuelva este formulario al patrocinador o entrenador de la capacitación antes de salir del evento.

Información del evento		
Título:		
Patrocinador de capacitación (si aplica):		
Fecha:	Número de evento:	Tipo:

Información del asistente													
Nombre:	Apellido:												
Seleccione una categoría: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Grupo de cuidado infantil</td> <td><input type="checkbox"/> Cuidado de niños familiar</td> <td><input type="checkbox"/> Personal de edad escolar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Head Start o Early Head Start</td> <td><input type="checkbox"/> Padre/encargado</td> <td><input type="checkbox"/> Escuela pública</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cero a tres</td> <td><input type="checkbox"/> Visitante de casas</td> <td><input type="checkbox"/> Educación especial</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Personal de agencia</td> <td><input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Grupo de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños familiar	<input type="checkbox"/> Personal de edad escolar	<input type="checkbox"/> Head Start o Early Head Start	<input type="checkbox"/> Padre/encargado	<input type="checkbox"/> Escuela pública	<input type="checkbox"/> Cero a tres	<input type="checkbox"/> Visitante de casas	<input type="checkbox"/> Educación especial		<input type="checkbox"/> Personal de agencia	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Grupo de cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños familiar	<input type="checkbox"/> Personal de edad escolar											
<input type="checkbox"/> Head Start o Early Head Start	<input type="checkbox"/> Padre/encargado	<input type="checkbox"/> Escuela pública											
<input type="checkbox"/> Cero a tres	<input type="checkbox"/> Visitante de casas	<input type="checkbox"/> Educación especial											
	<input type="checkbox"/> Personal de agencia	<input type="checkbox"/> Otro _____											
REQUERIDO: Identificación de Wisconsin Registry o su fecha de nacimiento y últimos 5 dígitos de su número de seguro social para realizar un seguimiento de su asistencia a la capacitación. <i>Si no tiene un ID de The Registry, puede recibir un ID creando una cuenta gratuita en www.wiregistry.org. Descargue nuestra guía de creación de una cuenta que se encuentra en el sitio web de The Registry en el área Recursos de membresía.</i>													
Número de identificación The Registry: _____ O Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): _____ Y Los últimos 5 números del Seguro social: _____													

Información de contacto del asistente			
Si su información de contacto ha cambiado recientemente, asegúrese de actualizar también su información de contacto en su cuenta de The Registry.			
Dirección postal:		Apt:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de teléfono:	<input type="checkbox"/> Móvil	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Trabajo
Correo electrónico:			

NO envíe este formulario a The Registry. Este formulario no es prueba de asistencia.