

# FORMA DE MATRICULA – COMMACK

## 1 de Abril-31 de Agosto, 2019

Por favor complete y devuelva con cheque personal o postal al **Child Care Council of Suffolk, 60 Calvert Avenue, Commack, New York 11725** o fax esta forma a: **1-631-462-2017**. Ahora, se puede matricular por Internet al [www.childcaresuffolk.org](http://www.childcaresuffolk.org) y pagar por tarjeta de débito o crédito. (Ningunos honorarios serán reembolsados con la excepción si la clase es cancelada). Ninguna confirmación será enviada. **FAVOR DE PAGAR HONORARIOS DE MIEMBRO ANUALMENTE.** Habrá un honorario de \$20 dólares para cualquier cheque que venga de vuelto. SE PUEDE PAGAR LOS HONORARIOS CON VISA O MASTERCARD.

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero Celular: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Empleo: \_\_\_\_\_ Numero de Empleo: \_\_\_\_\_  
 Email/Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nota para registrar	Fecha	SEMINARIOS EN COMMACK	Hora	Precio De Miembro	Si no es Miembro	Total
	4/6/19	Resucitacion Cardio Pulmonar (RCP) (CPR)	9:00 AM-12:00 pm	\$60	\$100	
	4/6/19	Primeros Auxilios (First Aid)	12:00-3:00 pm	\$60	\$100	
	4/27/19	Abuso y Maltrato Infantil incluye Síndrome del Bebe Sacudido (CA/Mal, ID/Prevention includes Shaken Baby Syndrome)	9:30-12:30 pm	\$60	\$100	
	5/11/19	Prácticas y Procedimientos de Gestión Práctica	9:30-1:30 pm	\$80	\$120	
	6/1/19	Resucitacion Cardio Pulmonar (RCP) (CPR)	9:00 AM-12:00 pm	\$60	\$100	
	6/1/19	Primeros Auxilios (First Aid)	12:00-3:00 pm	\$60	\$100	
	8/3/19	Resucitacion Cardio Pulmonar (RCP) (CPR)	9:00-12:00 pm	\$60	\$100	
	8/3/19	Primeros Auxilios (First Aid)	12:00-3:00 pm	\$60	\$100	

**TOTAL DE CHEQUE POR TODAS LAS CLASES: \$ \_\_\_\_\_**

\*\*\*\*\*

**SOLAMENTE PARA PAGAR CON TARJETA de CRÉDITO o DÉBITO (MasterCard/Visa)**

Nombre de Persona con Tarjeta \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Para Usa Oficial: Auth Code #: \_\_\_\_\_

Numero de Tarjeta# \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ TOTAL: \_\_\_\_\_

**Aplicación de Membresía (Membership Application) ----->**

## Aplicación de Membresía (Membership Application)

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección-Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Numero Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de Empleo: \_\_\_\_\_ Numero de Empleo: \_\_\_\_\_

Email/Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Categoría de Membresía

### Costo

Individual

\$40

Proveedores con Registración Familiar

\$40

Proveedores con Licencia Familiar de Grupo

\$70