

ATENCION TEMPRANA Y EDUCACION – INFORMACION Y REGISTRO DE ENTRENAMIENTO

--Hoja de registro del participante--

(Por favor, complete con letra legible, todos los espacios en blanco)

1. NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: DIA ____ MES ____ AÑO ____ ULTIMOS CUATRO DIGITOS DE SU NUMERO DE
SEGURIDAD SOCIAL: _____
EMPLEADOR/PATRÓN : _____ NÚMERO DE TELÉFONO: (_____) _____ CONDADO : _____
FIRMA: _____ CANCELÓ _____ NO SE PRESENTÓ _____ CAMBIO DE FECHA _____

2. NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: DIA ____ MES ____ AÑO ____ ULTIMOS CUATRO DIGITOS DE SU NUMERO DE
SEGURIDAD SOCIAL: _____
EMPLEADOR/PATRÓN : _____ NÚMERO DE TELÉFONO: (_____) _____ CONDADO : _____
FIRMA: _____ CANCELÓ _____ NO SE PRESENTÓ _____ CAMBIO DE FECHA _____

3. NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: DIA ____ MES ____ AÑO ____ ULTIMOS CUATRO DIGITOS DE SU NUMERO DE
SEGURIDAD SOCIAL: _____
EMPLEADOR/PATRÓN : _____ NÚMERO DE TELÉFONO: (_____) _____ CONDADO : _____
FIRMA: _____ CANCELÓ _____ NO SE PRESENTÓ _____ CAMBIO DE FECHA _____

4. NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: DIA ____ MES ____ AÑO ____ ULTIMOS CUATRO DIGITOS DE SU NUMERO DE
SEGURIDAD SOCIAL: _____
EMPLEADOR/PATRÓN : _____ NÚMERO DE TELÉFONO: (_____) _____ CONDADO : _____
FIRMA: _____ CANCELÓ _____ NO SE PRESENTÓ _____ CAMBIO DE FECHA _____

5. NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: DIA ____ MES ____ AÑO ____ ULTIMOS CUATRO DIGITOS DE SU NUMERO DE
SEGURIDAD SOCIAL: _____
EMPLEADOR/PATRÓN : _____ NÚMERO DE TELÉFONO: (_____) _____ CONDADO : _____
FIRMA: _____ CANCELÓ _____ NO SE PRESENTÓ _____ CAMBIO DE FECHA _____

**Por favor después de completar la hoja de registro envíela a ECE TRIS, University Training Consortium, Eastern Kentucky University, 521 Lancaster Ave., 229 Mattox Hall,
Richmond, KY 40475**

Teléfono: (859)622-8811, Número de Fax: (859)622-6838. Visítenos en el internet, : <https://tris.eku.edu/ece>