



P.O. Box 06185 • Chicago, IL 60638-0815 • 312-355-0426

INSCRIPCION PARA CLASES ESPECIALES DE ARTE

Nombre del papá: _____

Fecha: _____

Nombre de la mamá: _____

Numero de Celular: _____

Domicilio: _____

Número de Teléfono: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del niño/a con Autismo: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nivel de Autismo (ejemplos: severo/moderado/leve): _____

Método de comunicación (ejemplos: usa palabras, señas, gestos): _____

Comportamiento (ejemplos: grita, llora, pega): _____

Problemas sensoriales (ejemplos: no le gusta la oscuridad, se muerde las uñas, no soporta el ruido):

Gustos del niño/a con Autismo (ejemplos: bailar, cantar, dibujar): _____

INSCRIPCION PARA HERMANOS/AS

Nombre del hermano/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del hermano/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del hermano/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del hermano/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del hermano/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____