



Little Ducklings

Inquiry Form

Thank you for your interest in the Children's Learning Centers of Fairfield County Little Ducklings Program. Our Little Ducklings Program serve children between the ages of 6 weeks and 3 years in a privately funded (non-subsidized) full time/full week program. Please complete this form and submit in to the receptionist in order to receive information regarding enrollment. **Please note that this is not an application for registration.** We cannot specify or guarantee when a space will become available for your child at this point in time. A Family Service Staff member will contact you by phone with further information.

Today's Date: _____

Parents Name(s): _____

Address: _____

Phone #: _____ E-mail address: _____

Child First Name: _____ Child Last Name: _____

Child Date of Birth: ____/____/____ or Expected due date: _____

Date that you are interested in care with CLC: _____

How did you hear about the CLC Programs? _____

Is there a sibling currently enrolled in a CLC program? No Yes _____

Employer(s) Name: _____

Would you like to schedule a tour of our facility? _____

Questions/Comments: _____

Office Use Only: ____/____/____ date entered onto inquiry database FSW: _____



Little Ducklings

Formulario de Consulta

Gracias por su interés en el Programa "Patitos" para Bebés y Niños Pequeños de Children's Learning Centers of Fairfield County. Nuestro programa de Bebés y Niños Pequeños ofrece cuidados a niños entre las edades de 6 semanas de nacido a 3 años de edad en un financiamiento privado (no subsidiado) a tiempo completo/semana completa. Por favor complete este formulario y entrégueselo a la recepcionista con el fin de recibir información sobre la inscripción. **Tenga en cuenta que esto no es una solicitud de registro.** No podemos especificar o garantizar que un espacio estará disponible para su hijo/a en este momento. Un miembro del personal de Servicios a la Familia se pondrá en contacto con usted por teléfono con más información.

Fecha de hoy: _____

Nombre del(los) padre(s): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del niño: _____ Apellido del niño: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ o fecha de espera: _____

Fecha en la que usted está interesado en el cuidado con CLC: _____

¿Cómo se enteró acerca de los programas de CLC? _____

¿Hay un hermano actualmente inscrito en un programa de CLC? No Sí _____

Nombre de su empleador: _____

¿Le gustaría programar una visita a nuestras instalaciones? _____

Preguntas / Comentarios: _____

Uso de la oficina: ____/____/____ Fecha introducida en la base de datos FSW: _____