

ENCUESTA INICIAL DE DEMANDA PARA EL SERVICIO DE GUARDERÍA

Nombre de la Madre: _____
 Edad: _____ No. de Seguridad Social: _____
 Domicilio particular: _____
 Calle _____ Número _____ Colonia _____ Código Postal _____
 Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Empresa donde trabaja: _____
 Puesto: _____
 Horario de trabajo: _____
 Domicilio de la empresa: _____
 Calle _____ Número _____ Colonia _____ Código Postal _____
 Teléfono: _____ ext. _____ Correo Electrónico: _____

Tiene hijos de:

	EDAD	SALA
<input type="checkbox"/>	Educación Especial	Integradora
<input type="checkbox"/>	43 DIAS A 6 MESES 7 MESES A 12 MESES	LACTANTES A Y B
<input type="checkbox"/>	13 MESES A 18 MESES	LACTANTES C
<input type="checkbox"/>	19 MESES A 24 MESES	MATERNAL A
<input type="checkbox"/>	25 MESES A 30 MESES	MATERNAL B1
<input type="checkbox"/>	31 MESES A 36 MESES	MATERNAL B2
<input type="checkbox"/>	37 MESES A 42 MESES 43 MESES A 48 MESES	MATERNAL C1 Y C2

Actualmente esta embarazada
 si no
 Meses de gestación: _____

¿Conoce el servicio de guarderías? Si No
 ¿A través de que medio se enteró de ésta guardería? _____
 ¿Le interesa nuestro servicio? Si No
 ¿Actualmente su hijo(a) esta en alguna guardería? Si No ¿Cuál? _____