



Bridgeport Alliance for Young Children

*With operational support from
William Caspar Graustein Memorial Fund
and
United Way of Coastal Fairfield County*

Member Profile

Home Address

Name _____
 Street Address _____
 City St Zip _____
 Home Phone _____
 Personal email _____

Business Address

Name of Company _____
 Title _____
 Street Address _____
 City St Zip _____
 Business Phone _____
 Business Fax _____
 Business email _____
 Cell Phone _____

Preferred method of contact:

Mail to Home Mail to Business Email

Occupation:

Health	<input type="checkbox"/>	Business	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="text"/>
Education	<input type="checkbox"/>	Homemaker	<input type="checkbox"/>		
Social Service	<input type="checkbox"/>	Retired	<input type="checkbox"/>		

Demographics:

Age Group	Gender	Race	Area of Influence
Young Adult 16-30 <input type="checkbox"/>	Male <input type="checkbox"/>	White <input type="checkbox"/>	North end <input type="checkbox"/>
Adult 30-55 <input type="checkbox"/>	Female <input type="checkbox"/>	Black <input type="checkbox"/>	East side <input type="checkbox"/>
Senior 55+ <input type="checkbox"/>		Hispanic <input type="checkbox"/>	South end <input type="checkbox"/>
		Asian/Pacific Isl. <input type="checkbox"/>	West side <input type="checkbox"/>
		Native American <input type="checkbox"/>	City-wide <input type="checkbox"/>
		Other _____ <input type="checkbox"/>	

Are you a parent with a child currently in school in Bridgeport? Yes _____ No _____

Current Work Group Interest: *(you may check more than one)*

Parent Engagement <input type="checkbox"/>	Mental & Physical Health <input type="checkbox"/>
Early Care & Education <input type="checkbox"/>	Communications & Marketing <input type="checkbox"/>
Public Policy & Advocacy <input type="checkbox"/>	Leadership <input type="checkbox"/>

Future Work Group Interest: *(you may check more than one)*

Parent Engagement <input type="checkbox"/>	Mental & Physical Health <input type="checkbox"/>
Early Care & Education <input type="checkbox"/>	Communications & Marketing <input type="checkbox"/>
Public Policy & Advocacy <input type="checkbox"/>	Leadership <input type="checkbox"/>

Información del miembro

Nombre
Número de la calle
Ciudad, código de la zona, estado
Teléfono
Correo Electrónico

Ocupación:

Salud	<input type="checkbox"/>	Negocio	<input type="checkbox"/>	Otro	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Educación	<input type="checkbox"/>	Ama de casa	<input type="checkbox"/>		
Trabajo Social	<input type="checkbox"/>	Retirado	<input type="checkbox"/>		

Edad

16-30	<input type="checkbox"/>
30-55	<input type="checkbox"/>
55+	<input type="checkbox"/>

Género

Masculino	<input type="checkbox"/>
Femenino	<input type="checkbox"/>

Raza

Blanco	<input type="checkbox"/>
Negro	<input type="checkbox"/>
Hispano	<input type="checkbox"/>
Asiático/Isla Pac	<input type="checkbox"/>
Indio Americano	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>

Vecindad

North end	<input type="checkbox"/>
East side	<input type="checkbox"/>
South end	<input type="checkbox"/>
West side	<input type="checkbox"/>
Otras partes	<input type="checkbox"/>

¿Es usted un padre con un niño actualmente en las escuelas de Bridgeport? Si _____ No _____

En cual grupo de trabajo esta interesado: (usted puede escoger más de uno)

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------|
| Compromiso de los padres _____ | Salud física y mental _____ |
| Cuidado y educación temprana _____ | Comunicación y mercadeo _____ |
| Normas públicas y ayudas _____ | Liderazgo _____ |