



Child Health Policy in NYC
The Next 100 Years



El Evento Es



Celebrando Cien Años De Las Clínicas De Salud Infantil

**8 de Noviembre de 2007
9:00 AM – 2:00 PM
District Council 37
125 BARCLAY ST.
(BAJO MANHATTAN)**



Dirección

**Tren A, C, o E a Chambers Street; Tren 1 or 2 a Chambers Street;
Tren N o R a City Hall; Tren 4, 5 o 6 a City Hall**

QUIEN DEBE PARTICIPAR : Los padres, la juventud, profesionales de salud, activistas, los diseñadores de política pública, funcionarios elegidos, las escuelas, las organizaciones de comunidad-base, los líderes religiosos y los miembros de organizaciones de fe-base, los sindicatos labores y los negocios.

Oiga de un grupo diverso de personas que representan padres, la juventud, la organizaciones de comunidad-base, el gobierno de la ciudad, proveedores de salud, y sindicatos labores

*Comida y Bebidas Gratis, Regalos, Galería de Arte de Niños,
Las Mesas Redondas, y Entretenimiento,*

Intérpretes de idioma disponibles

Para Reservar, Por Favor Llame a CPHS, 212-246-0803 O Manda Un Correo Electrónico A COMMISSION@CPHSNYC.ORG O Llene Al Dorso El Formulario de Reservación

100 años – Comité Planificado para la Salud del Niño (en formación): American Academy of Pediatrics Chapters 2 & 3; Children's Defense Fund – New York; Citizens Committee for Children of New York; Commission on the Public's Health System; Council of Municipal Hospitals Community Boards; Doctors Council, SEIU 10 MD; Head Start of New York; Local 436, AFSCME; New York City Council; New York City Health & Hospitals Corporation; New York Immigration Coalition; Parent to Parent of New York State



Child Health Policy in NYC
The Next 100 Years

NOVEMBER 8TH KICK-OFF RESERVATION FORM Formulario de Reservación

PLEASE RETURN TO ADDRESS BELOW OR EMAIL TO ANTHONY FELICIANO AT COMMISSION@CPHSNYC.ORG. FOR MORE INFO, PLEASE CALL CPHS @ 212-246-0803

**PARA MAS INFORMACION, POR FAVOR DE LLAMA CPHS, 212-246-0803
Por Favor Regresar a la Dirección Abajo O Por Correo Electrónico a Anthony Feliciano,
COMMISSION@CPHSNYC.ORG**

Name/Nombre _____

Company or Organization (if applicable) _____

Compañía o Organización (si aplicable)

Address Business Home How many will be attending?

Dirección Negocio Hogar/Residencia ¿Cuántos Estarán Participando?

City/ State/ Zip _____

Ciudad/Estado/Código postal

Telephone Fax Email

Teléfono Fax Correo electrónico

Language Interpretation Needed? Yes No What Language? _____

¿Si necesita un intérprete? Sí No ¿Qué Idioma? _____

Please return your completed response form to Anthony Feliciano, CPHS-Commission on the Public's Health System, 45 Clinton Street, NY, NY 10002
Por favor, devuelva su formulario completo a Anthony Feliciano, CPHS-Commission on the Public's Health System, 45 Clinton Street, NY, NY 10002 (Storefront)