

Formulario de Permiso de desarrollo infantil y acuerdo

• Estoy de acuerdo
Que mi hijo _____, puede participar en las siguientes actividades de salud: (Entiendo que no se me cobrarán estos servicios y puedo acompañar a mi hijo a cualquiera de estas actividades)

- valoración de la Vista Sí No
- Evaluación Auditiva Sí No

• Evaluación de Crecimiento Sí No

• Evaluación Dental Sí No Rechazar Servicios _____

(Si rechazas servicios por favor feche y firme)

• Presión Sanguina Sí No

• El cepillado de los dientes una vez al día con una cantidad pequeña de pasta dental que contenga fluoruro
Sí No

Entiendo que el personal del centro asegurará la atención médica de emergencia necesaria en caso de emergencia cuando no pueda contactarme.

Entiendo que mi hijo puede participar en observaciones de salud mental realizadas por nuestro contratista de salud mental, con el fin de realizar observaciones grupales (en el aula) u observaciones individuales basadas en el comportamiento para establecer estrategias para el personal del aula, el administrador de la educación o las familias. Si se necesitan observaciones individuales para su hijo, se presentará un formulario de permiso por separado a la familia antes de la observación.

Entiendo que mi hijo tendrá una Evaluación de Desarrollo (DIAL-4) y un Registro de Observación Infantil (COR) de Evaluación para determinar las necesidades o inquietudes del desarrollo.

Entiendo que mi hijo asistirá al programa todos los días que él / ella pueda desde el _____ a.m. a _____ p.m.

Entiendo que es responsabilidad del padre / tutor llamar al centro cuando el niño estará ausente dentro de la primera hora del día del programa o llegue tarde. El no hacerlo o las ausencias repetidas, pueden hacer que el niño pierda el espacio de inscripción. (Ver manual para padres)

Entiendo que mi hijo puede ir a las excursiones que realiza el programa, siempre que haya firmado un formulario de permiso de excursión y haya recibido información sobre el viaje específico, la fecha, el destino, la hora de salida y el regreso antes de que se realice la excursión. Entiendo que los niños estarán acompañados por maestros líderes, maestros, voluntarios y otro personal de Head Start, si es necesario, y que puedo elegir asistir también.

Entiendo que mi hijo participará en actividades apropiadas para el desarrollo supervisadas fuera de las áreas cercadas a discreción del personal docente.

I-CARE, Inc. tiene mi permiso para copyright y / o publicar fotos o videos de mi hijo para la promoción de los servicios educativos de Head Start Sí No

Intentaré asistir y participar en las reuniones de padres del centro, actividades de participación de niños y padres y ser voluntario cuando mi horario lo permita Sí No

Entiendo que tengo el derecho de revisar los registros mantenidos por mi familia, disputar o corregir cualquier información que sienta que es incorrecta. Entiendo que la información proporcionada anteriormente será estrictamente confidencial. También entiendo que este formulario de permiso y acuerdo de desarrollo infantil puede ser revocado a mi solicitud por escrito.

Firma del padre / tutor

Fecha

Entrevistador