

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____

Escuela: _____

	Contrato de permisos para el año escolar 25-26	Cheque
Divulgación de información	Autorizo El Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre a divulgar información a agencias/proveedores asociados de la Comunidad, proveedores de servicios contratados y a proveedores identificados por el padre/tutor.	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Información específica compartida	Entiendo que seguir la política del Distrito Escolar de Poudre, va a tener que completar una forma de liberación de archivo cada vez que quiero acceso a una copia del archivo de mi hijo(a).	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Exursiones de campo	Entiendo que mi hijo(a) viajará en un autobús del Distrito Escolar de Poudre cuando vaya a viajes de campo supervisados como parte del programa. Los permisos deben estar firmados para cada viaje para que mi hijo(a) pueda participar.	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Protector solar/ loción para manos	Entiendo que el protector solar y la loción se pueden usar en mi hijo(a) y en las actividades en el salón. La información del producto para el protector solar está disponible en el salón.	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Contacto telefónico	Doy mi permiso para que el personal del programa dé mi número de teléfono a otro padre con el propósito de eventos del programa/salón y en la involucración de padres.	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Electrónicos	Doy permiso para publicar la foto, video y/ o nombre de mi estudiante en medios impresos y / o electrónicos. (Formulario adicional para completar si no está de acuerdo)	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Evaluación Dental	Doy permiso para que mi hijo reciba una aplicación de barniz de flúor durante el proceso de evaluación dental	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Atención médica de emergencia	En caso de emergencia, el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre llamará al 911 y accederá a asistencia médica para mi hijo(a). Entiendo que se harán todos los intentos razonables para ponerse en contacto conmigo mismo y/o mis contactos de emergencia. En el caso de que no pueda ser contactado, doy permiso para que el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre organice atención médica de emergencia para mi hijo(a).	Firma inicial _____
Recopilación de datos	Entiendo que el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre recopila información estadística no identificable para ser utilizada con fines de documentación, información del programa financiamiento, y reportes.	Firma inicial _____
Visitas y conferencias en casa	Entiendo que habrá seis visitas domiciliarias (para familias financiadas por Head Start) y Conferencias de Padres/Maestros (para todas las familias) durante el año escolar. Las visitas domiciliarias y/o las conferencias de maestros pueden incluir apoyo del personal Educación, Salud y Mentores Familiares. Si no puedo hacer una visita programada, debo reprogramar. Entiendo que la falta de asistencia a las visitas domiciliarias conducirá a una revisión de la matrícula de mi hijo(a) y puede llevar la baja del programa.	Firma inicial _____
Garantía de calidad	Entiendo que puede haber un supervisor que viene a mi casa durante una visita programada con uno miembros del personal mencionados anteriormente con el propósito de asegurar la calidad.	Firma inicial _____
Evaluaciones	Entiendo que mi hijo(a) será examinado durante todo el año escolar con el propósito de evaluar las necesidades de visión, audición, dental, habla, crecimiento y desarrollo.	Firma inicial _____
Archivo acumulativo del Distrito Escolar de Poudre	Entiendo que, si mi hijo(a) está inscrito en un Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre, los registros de mi hijo(a) serán transferidos a su archivo acumulativo del Distrito Escolar de Poudre.	Firma inicial _____
Custodia y Orden Judicial	Entiendo que debo proporcionar Custodia y Órdenes judiciales que pertenecen a mi hijo(a) al El Programa de Educación Temprana para que la escuela esté consiente y siga las instrucciones especiales.	Firma inicial _____
Salud Mental	Entiendo que se puede brindar apoyo y/o consulta en salud mental.	_____
Zona de asistencia preescolar	Entiendo que para que mi hijo(a) asista al preescolar en el Distrito Escolar de Poudre, nuestra dirección permanente debe estar en los límites del Distrito Escolar de Poudre. Verifico que he dado la dirección actual de la casa de mi hijo(a).	Firma inicial _____
Política de asistencia	Entiendo que, si mi hijo(a) está inscrito en el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre, mi hijo(a) estará sujeto a la política de asistencia del programa. Entiendo que las dificultades de asistencia conducirán a una revisión de matrícula de mi hijo(a) y a la posibilidad de cancelación de su matrícula. Entiendo que esto no es cuidado de entrega.	Firma inicial _____
Políticas y Procedimientos	Reconozco que se puede acceder a las políticas y procedimientos del Distrito Escolar de Poudre Programa de Educación Temprana al sitio de web: https://www.psdschools.org/programs-services/early-childhood-education . Acepto seguir, aceptar las condiciones y dar autorización y aprobación para las actividades descritas en las políticas y procedimientos del Distrito Escolar de Poudre Programa de Educación Temprana. Hay copias impresas disponibles a pedido.	Firma inicial _____

Firma del padre/tutor

Nombre impreso

Fecha