

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 parent/guardián. | <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 |
| Exusiones 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 parent 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 de los 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 consciente y siga las instrucciones especiales. | Firma inicial _____ |
| Salud Mental | Entiendo que se puede brindar apoyo y/o consulta en salud mental. | Firma inicial _____ |
| 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 parent/guardián
Solo firma manuscrita o digital**Nombre impreso****Fecha**