

Label Here

Child's Name \_\_\_\_\_

Program \_\_\_\_\_

**Día de Inicio:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ACUERDO DE INSCRIPCIÓN

Head Start es una sociedad de padres/guardianes. Para tener una experiencia exitosa, ambos padres/guardianes y empleados de Head Start deben de trabajar juntos. Los empleados deben adherirse a los estándares de desempeño de Head Start y los padres/guardianes deben de involucrarse en el programa educacional de su hijo. Esta información puede ser cambiada durante el año con solo llenar este documento denuuevo.

### COMO LA MAESTRA/O DE SU HIJO, YO ME COMPROMETO A:

- \_\_\_ Trabajar con usted y con su niño para prepararlo en su desarrollo social y emocional, en las habilidades de autoayuda, en el desarrollo nutricional y de salud, y en la habilidad para interactuar en el salón de clases en un ambiente educacional.
- \_\_\_ Involucrarlo en el planeamiento de metas y contactarlos regularmente para informarle sobre el progreso de su hijo durante visitas a la casa o conferencia.
- \_\_\_ Invitarlo y motivarlo a participar en el salón de clases y a compartir sus ideas en cuanto al desarrollo de su hijo (A todos los padres/guardianes se les permite visitas durante horas laborables, a menos que su acceso a la entidad se le sea prohibido o restringido por una orden de la corte).

### COMO PADRE/GUARDIAN DE HEAD START, DE MÍ SE ESPERA ACORDAR CON:

- \_\_\_ Enviar a mi hijo a la escuela todos los días y notificarnos cuando éste se enferme.
- \_\_\_ Transportar diariamente (si aplica) a mi hijo de la casa a la escuela según su horario y puntualmente recogerlo si éste se llega a enfermar en horas de clase.
- \_\_\_ Dar la bienvenida a la maestra/o y a el/la trabajador/a familiar de la clase a mi hogar para hablar sobre el progreso de mi hijo y para planificar metas.
- \_\_\_ Observar o voluntarse en la clase, excursiones, y eventos especiales y trabajar en la casa con mi hijo tanto como mi horario me lo permita

EL PERMISO DE LOS PADRES/GUARDIANES	SÍ	NO
Inicial aquí para optar por no recibir mensajes de texto _____. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos.		
Le doy autorización a Head Start para transportar a mi hijo diariamente a la escuela o a excursiones u otras actividades incluyendo pero no limitado a exámenes de audición y exámenes dentales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante el año escolar, mi hijo puede que participe en programas de evaluaciones, observaciones generales y en un proceso de monitoreo, incluyendo visión, audición, examen médico, social y emocional, del habla y lenguaje, y examen del desarrollo. Le doy permiso a Head Start para intercambiar información con los empleados y agencias contratadas para hacer las evaluaciones. Comprendo que seré informado de los resultados. También seré informado e involucrado en cualquier seguimiento necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante el año, Reach Dane participará en un estudio del Departamento de Instrucción Pública y Wisconsin Readiness Equity Network. Doy permiso a Reach Dane para compartir información sobre mi hijo, incluida la información del directorio, datos demográficos e informes de progreso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy de acuerdo que el nombre/dirección/teléfono/fecha de nacimiento de mi hijo puede ser compartido con otras escuelas públicas para facilitar 4K registro/inscripción o la transición de kindergarten. Seré informado si cualquier información adicional sea necesaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las fotos y video de mi hijo/a y mías puedan ser usadas entre los programas de Reach Dane/Reach Green	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las fotos y video de mi hijo/a y mías puedan ser usadas en la página de web de Reach Dane/Reach Green, en los medios de comunicación y en la comunidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>COMPRENDO que si yo o mi contacto de emergencia no recoge a mi hijo para las 4:30 p.m. o dentro de dos horas después que la clase se haya terminado (cualquier de los dos casos que ocurra primero), se le notificará a los Servicios Humanitarios/Servicios de Protección de los niños para que hagan arreglos de emergencia para mi hijo.</u>	<input type="checkbox"/>	
COMPRENDO que estos permisos estarán en efecto durante la participación de mi hijo en Head Start, a menos que renuncie por escrito a uno o a todos de estos permisos.	<input type="checkbox"/>	

HORARIO DE ASISTENCIA Y COMIDAS DURANTE NUESTRO CUIDADO					
Días en que ésta normalmente en cuidado (Marcar)	Horas en que ésta normalmente en cuidado		Comidas que normalmente recibe mientras ésta en cuidado (Marcar)		
	Desde	Hasta	Desayuno	Almuerzo	Merienda (PM)
Lunes <input type="checkbox"/>					
Martes <input type="checkbox"/>					
Miércoles <input type="checkbox"/>					
Jueves <input type="checkbox"/>					
Viernes <input type="checkbox"/>					

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Staff