

Permiso para Actividades del Programa

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Para ayudarnos a proveer a su niño de los servicios de la calidad más alta en el programa de ARVAC Head Start and Early Head Start, necesitamos su permiso para las actividades escritas en la siguiente lista. **Por cada artículo, por favor marque SÍ o NO.**
Gracias.

1. Doy permiso para que mi niño/a participe en **paseos y excursiones** en la vecindad del centro de ARVAC Head Start and Early Head Start, incluyendo parques locales o patios. *Entiendo que los niños no entrarán en ninguna otra instalación a menos que yo sea informado por escrito de antemano; que la ruta evite riesgos y mantengan seguridad, y que siempre habrá una proporción de niño-adulto según los reglamentos de Licenciatura.* SÍ NO

2. Doy permiso para que mi niño/a sea **fotografiado y/o grabado en vídeo** participando en actividades de ARVAC Head Start and Early Head Start, y para que estas fotos o videos sean usadas en boletines de noticias, demostraciones, u otros formatos para objetivos educativos o publicidad. SÍ NO

3. Autorizo las **fotos y los videos** en las que yo aparezca durante actividades del programa que apoyen las actividades del personal de ARVAC Head Start and Early Head Start. Tengo entendido que estas fotos y videos no serán utilizados para ningún otro fin sin mi nuevo consentimiento. SÍ NO

4. Comprendo que como parte del programa, el personal de ARVAC Head Start and Early Head Start y los consultores participan regularmente en observaciones y evaluaciones del progreso del niño para su preparación para la escuela con el propósito de individualizar nuestra instrucción, apoyar la adquisición de destrezas y mejorar el programa en general. Además de estas evaluaciones, doy permiso para que mi hijo reciba las siguientes evaluaciones, requeridas por todos los programas de Head Start, que permitirán que Acelerado Learning comprenda aún mejor el desarrollo de mi niño y le provea el mejor entorno de aprendizaje para sus necesidades y capacidades:

Evaluaciones de Salud - audición, visión, altura, peso, hierro en la sangre, presión sanguínea, plomo, dental SÍ NO

Evaluaciones del Desarrollo - para identificar las etapas de desarrollo y posibles áreas de tardanza del niño/a SÍ NO

Evaluaciones del Desarrollo Socioemocional - para identificar posibles áreas de preocupación respecto a la salud mental SÍ NO

Evaluaciones del Habla - para identificar cualquier preocupación en cuanto al desarrollo del lenguaje del niño/a SÍ NO

6. Autorizo al personal a que observe a mi niño/a en la clase para que ARVAC Head Start and Early Head Start pueda comprender mejor su desarrollo, dificultades y necesidades. Entiendo que me notificarán sobre observaciones pendientes y que me invitarán y alentarán a participar en todas las conversaciones sobre el tema y los pasos a tomar. SÍ NO

7. Doy permiso para que mi niño/a tenga las susodichas proyecciones, y otros componentes del programa como sea necesario, administrado en su propia lengua por **un intérprete** elegido por el programa de ARVAC Head Start and Early Head Start. SÍ NO

8. ARVAC Head Start and Early Head Start desea enviarle a usted mensajes de texto. Puede que estos incluyan FUN FACTS (datos divertidos) y EASY TIPS (consejos fáciles) para apoyar la enseñanza del niño, su asistencia y el seguimiento de su salud, para recordatorios de eventos y notificaciones de cierres y demoras de las escuelas por mal tiempo. Usted puede elegir no recibir más mensajes y responder STOP al recibirlos. Autorizo a ARVAC Head Start and Early Head Start a enviarme mensajes de texto sobre el aprendizaje de mi niño y su programa. SÍ NO

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Relación al Niño/a: _____

Firma del Padre/Madre/Tutor _____ Fecha _____