



PERMISSION AND AGREEMENT FORM SCHOOL & CENTER BASED CHILD

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

EHS/Head Start Center: _____

I agree and/or give my permission to the following Early/Head Start requirements (by initialing each statement):

_____ I understand Early/Head Start hours are _____ am until _____ pm.

_____ I understand I must be enrolled in the school or child care center to maintain enrollment in Early/Head Start.

_____ I understand Early/Head Start is a full time program. I agree to send my child to school on scheduled Early/Head Start days unless he or she is ill. If my child must be absent, I will promptly contact the school or child care center and the Family Service Worker/Advocate.

_____ I agree to provide the Family Service Worker/Advocate with changes in address, phone numbers and emergency contacts.

_____ I agree to mental health consultation services.

_____ I agree to keep my child on a routine schedule for medical and dental exams.

_____ I agree to provide Early/Head Start a copy of my child's current medical exams, dental exams, any follow-up treatment, and immunizations.

_____ I agree to allow my child to participate in screenings and assessment at school for height & weight, nutrition, hearing & vision, blood pressure, anemia, tuberculosis, lead and developmental & social skills, if needed. I agree to allow student nurses to participate and/or conduct the above screenings.

_____ I agree to keep my child's health insurance (Medicaid/CHIP or Private) current. If my child is uninsured, I will apply for Medicaid/CHIP or Private health insurance for him or her. If my child has private insurance, I will apply for secondary Medicaid insurance to cover deductibles or co-pays. I understand Region 7 ESC Early/Head Start is the **payer of last resort** and proof of Medicaid/CHIP application and/or denial is required.

_____ I agree that my child will participate in daily oral hygiene at the child care center/school. The Early/Head Start teacher will assist your child.

Region 7 Education Service Center is committed to student success by providing quality programs and services that meet or exceed our customers' expectations.



FORMA DE PERMISO Y ACUERDO DEL NIÑO CON BASE EN LA ESCUELA Y EL CENTRO DE CUIDADO

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HST/Centro de Head Start _____

Estoy de acuerdo y/o doy mi permiso para los siguientes requisitos de Head Start/Temprano (poniendo mis iniciales en cada declaración):

_____ Entiendo que las horas de Head Start/Temprano son de _____ am. a _____ pm.

_____ Entiendo que debo estar inscrito en la escuela o centro de cuidado infantil para mantener la inscripción en Head Start/Temprano.

_____ Entiendo que Head Start/Temprano es un programa de tiempo completo. Estoy de acuerdo en enviar mi niño a la escuela en los días programados por Head Start/Temprano a menos que él o ella esté enfermo(a). Si mi niño necesita faltar, yo contactaré inmediatamente la escuela o el centro de cuidado infantil y a mi Promotora/Trabajadora Social de las Familias.

_____ Estoy de acuerdo en proporcionar a mi Promotora/Trabajadora Social de las Familias los cambios de dirección, números de teléfono y contactos de emergencia.

_____ Estoy de acuerdo con los servicios de consulta de salud mental.

_____ Estoy de acuerdo en mantener a mi niño en un horario rutinario para los exámenes médicos y dentales.

_____ Estoy de acuerdo en proporcionar a Head Start/Temprano una copia de los exámenes médicos y dentales actuales, cualquier seguimiento de tratamiento y vacunas.

_____ Estoy de acuerdo en permitirle a mi niño participar en revisiones y exámenes escolares de altura y peso, nutrición, oído y vista, presión sanguínea, anemia, tuberculosis, plomo y habilidades del desarrollo y sociales si es necesario. Estoy de acuerdo en permitir a estudiantes de enfermería que participen o realicen las revisiones anteriores.

_____ Estoy de acuerdo en mantener al día el seguro de salud (Medicaid/CHIP o Privado) de mi niño. Si mi niño no tiene seguro, yo aplicaré para Medicaid/CHIP o seguro de salud privado para él o ella. Si mi niño tiene seguro privado, yo aplicaré por seguro de Medicaid secundario para cubrir los deducibles o copagos. Yo entiendo que la Región 7 ESC Head Start/Temprano **es el pagador como último recurso** y una prueba de negación de Medicaid/CHIP es requerida.

“El Centro de Servicio para la Educación de la Región 7 está comprometido al éxito del estudiante proporcionando servicios de calidad que cumplen o superan las expectativas de nuestros clientes”

Created: 04/10/2007

Reviewed: 1/8/2018

Revised: 2/13/17

_____ I agree to participate in two teacher home visits and two parent-teacher conferences during the Early/Head Start school year.

_____ I understand Region 7 ESC Early/Head Start transportation may be available to me **(as a last resort)** for medical, dental and social service appointments or meetings. I understand that all Early/Head Start children must be accompanied by a parent/guardian and the use of age appropriate safety restraints must be used.

_____ I give Region 7 ESC Early/Head Start permission to produce and use photographs/videos of me or my child (excluding foster children) for the purpose of Early/Head Start training and publicity.

_____ I give permission for Region 7 ESC Early/Head Start to share information from my child's record (including eligibility information) with other providers of human services.

_____ I agree to participate in the Family Partnership Agreement process with Early/Head Start staff.

_____ I agree/understand Federal Regulations require that all meals served to my child will be prepared by the school. No meals or drinks will be allowed from home.

I understand that state law grants to Region 7 ESC immunity from suit or liability for personal injury to a student while under the ESC's control and jurisdiction.

Signature of Parent/Guardian: _____

Date: _____

Signature of Family Service Worker/Advocate: _____

Date: _____

Region 7 Education Service Center is committed to student success by providing quality programs and services that meet or exceed our customers' expectations.

- _____ Estoy de acuerdo que mi niño participe en higiene oral diariamente en el centro de cuidado infantil. El maestro de Head Start/Temprano ayudará a su niño.
- _____ Estoy de acuerdo en participar en dos visitas del maestro a la casa y dos conferencias padre-maestro durante el año escolar de Head Start/Temprano.
- _____ Entiendo que transporte de parte de la Región 7 ESC Head Start/Temprano puede estar disponible para mí (**como último recurso**) para citas médicas, dentales, servicios sociales o reuniones. Yo entiendo que todos los niños deben ser acompañados por el padre/tutor y el uso de restricciones de seguridad apropiadas será requerido.
- _____ Doy mi permiso a la Región 7 ESC Head Start/Temprano para tomar y usar fotografías/videos de mí o de mi niño (excluyendo niños adoptados) para el propósito de capacitación y propaganda de Head Start/Temprano.
- _____ Doy mi permiso a la Región 7 ESC Head Start/Temprano para compartir información del archivo de mi niño (incluyendo información de elegibilidad) con otros proveedores de servicios humanos.
- _____ Estoy de acuerdo en participar en el proceso de Acuerdo de Asociación de la Familia con el personal de Head Start/Temprano.
- _____ Estoy de acuerdo/entiendo que las Regulaciones Federales requieren que todas las comidas servidas a mi niño sean preparadas por la escuela. No se permitirán comidas o bebidas traídas de casa.

Yo entiendo que la ley otorga a la Región 7 ESC inmunidad contra demandas o cargos por lesiones personales al estudiante mientras está bajo el control y jurisdicción de ESC.

Firma del Padre o tutor: _____

Fecha: _____

Firma de la Promotora/Trabajadora Social de las Familias: _____

Fecha: _____