



Region 7 Education Service Center, Kilgore, Texas 75662

## CONSENT FOR TRANSPORTATION

Dear Parent/Guardian:

Region 7 ESC EHS/Head Start may provide transportation for Head Start children to a health services appointment as a last resort.

A parent or legal guardian is **REQUIRED** to accompany the child to any health services appointment for which Region 7 ESC EHS/Head Start provides transportation.

"I am unable to provide transportation for my child's health services appointment and have exhausted other resources such as family, friends, public transportation, and Medicaid transportation.

I give permission for \_\_\_\_\_ to be transported in a Region 7 ESC EHS/Head  
*Child's name*

Start vehicle accompanied by \_\_\_\_\_."  
*Parent/guardian*

Date and time of appointment: \_\_\_\_\_

Location of appointment: \_\_\_\_\_

*By my signature below, I provide permission for transportation as indicated above and agree that Region 7 ESC bears no responsibility or liability in the event of an accident or injury that may occur to me or my child or children while being transported to a health services appointment. I agree to assume all liability and hold Region 7 ESC harmless.*

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_  
*Parent/guardian*

Region 7 ESC EHS/Head Start Employee Transporting: \_\_\_\_\_  
*Employee Name*

If the Family Service Worker/Advocate can be of further assistance, please call:

\_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_  
*Family Service Worker/Advocate Telephone Number*

EHS/Head Start Site: \_\_\_\_\_



Region 7 Education Service Center, Kilgore, Texas 75662

## CONSENTIMIENTO PARA TRANSPORTACIÓN

Estimado Padre/Tutor:

Head Start/HCT de la Región 7 ESC puede proporcionar transportación a una cita para los niños de Head Start/HCT para una cita de servicios de salud como último recurso.

**SE REQUIERE** que el padre o tutor legal acompañe al niño a cualquier cita de servicios de salud para la cual Head Start/HCT de la Región 7 ESC proporcione transportación.

"No puedo proporcionar el transporte para una cita de servicios de salud de mi niño y he agotado otros recursos, tales como la familia, los amigos, el transporte público y el transporte de Medicaid.

Doy mi permiso para que \_\_\_\_\_ sea transportado(a) en un vehículo  
*Nombre del Niño*  
de Head Start/HCT de la Región 7 ESC acompañado(a) por \_\_\_\_\_."  
*Padre/Tutor*

Fecha y hora de la cita: \_\_\_\_\_

Lugar de la cita: \_\_\_\_\_

*Por mi firma abajo, doy permiso para la transportación como se indica arriba y estoy de acuerdo en que la Región 7 ESC no enfrente responsabilidad o cargos en caso de accidente o lesiones que puedan ocurrirme a mi o a mi(s) niño(s) mientras somos transportados a una cita de servicios de salud. Yo estoy de acuerdo en asumir toda la responsabilidad y mantener exenta a la Región 7 ESC.*

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
*Padre/Tutor*

Empleado de la Región 7 ESC transportando: \_\_\_\_\_  
*Nombre del Empleado*

Si la Trabajadora Social de las Familias puede ofrecerle cualquier ayuda adicional, por favor llame a:

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
*Trabajadora Social de las Familias* *Número de Teléfono*

Sitio de Head Start/HCT: \_\_\_\_\_