

Nos comprometemos a que cada padre y cada niño tengan una experiencia exitosa y satisfactoria en Head Start/EHS/ECEAP. Al unirnos en esta colaboración con usted, es importante que comprendamos nuestros roles y responsabilidades tanto como padres/tutores como los del personal del programa. Bienvenidos y esperamos conocerle a usted y a su familia.

Checked for Accessibility: GM, ECR, 07/09/2026, Adobe Acrobat Accessibility Checker

Estrategias de Enseñanza/Early Achievers

- El programa está obligado a participar en Early Achievers. Se tomarán fotografías, audios y/o videos de mi hijo en el aula con fines de desarrollo del personal de Early Achievers.
- El programa utiliza Teaching Strategies Gold para evaluar el crecimiento y desarrollo de los niños.
- Se tomarán fotografías, audios y/o videos en el aula relacionados con el desarrollo de mi hijo.

Salud Mental

- El personal consultará con el equipo de salud mental del programa en relación con el desarrollo socioemocional y las necesidades de mi familia y mi hijo.

He sido informado y doy mi permiso para lo siguiente:	<i>Iniciales</i> SI	<i>Iniciales</i> NO
1. Que Head Start/EHS/ECEAP realice las siguientes evaluaciones: audición, agudeza visual, estatura/peso, desarrollo y social/emocional.		
2. Mi hijo se cepille los dientes con pasta dental con fluoruro. <i>(Si no, el niño usará agua).</i>		
3. Que se usen fotografías de mi hijo en el aula y/o áreas comunes del centro y en actividades del aula (por ejemplo, impresas con el nombre del niño para el casillero).		
4. Se tomen fotografías o videos de mi hijo para redes sociales, periódicos, televisión, tableros comunitarios, pasillos, publicaciones educativas o exhibiciones <i>(se intentará dar aviso previo).</i>		
5. Mi hijo pueda participar en excursiones del programa, siempre que reciba notificación previa que incluya: destino, fecha, hora, método de transporte y objetivos educativos		
6. Mi nombre, dirección y número de teléfono aparezcan en la lista de padres para uso de los funcionarios del comité de padres, miembros de la Mesa Directiva o personal del programa, para mantenerme informado sobre próximos eventos <i>(no se compartirá fuera del programa sin mi permiso escrito).</i>		
7. Para que LCC Head Start/EHS/ECEAP transporte a mi hijo y autorice o solicite tratamiento médico/quirúrgico en caso de emergencia.		
8. Que si se proporciona transporte, LCC Head Start/EHS/ECEAP transporte a mi hijo en sus autobuses.		
9. Para recibir correspondencia del programa relacionada con mi hijo por mensaje de texto y/o correo electrónico. <i>(Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos).</i>		
10. Solicitar y si soy elegible, mantener el programa Working Connections Child Care del DSHS.		

Padre/tutor _____ fecha _____

Personal _____ fecha _____

Padre/tutor _____ fecha _____

Interprete _____ fecha _____