Machine Translated by Google

WEST CENTRAL MINNESOTA Communities Action

Inicio temprano de WCMCA

Acuerdo de emergencia

2026-2027

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN: Incluya los datos de los padres o tutores legales que viven con el niño. Si un padre o tutor legal no vive con el niño, puede indicarlo como contacto de emergencia a continuación.		
Nombre del niño/a:	Fecha de nacimiento:	Programa de Educación Infantil Head Start:
Dirección particular:	Ciudad:	Cremallera:
Nombre del padre/tutor 1:	Número de teléfono principal:	Suscríbete para recibir mensajes de texto. Sí No
Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono adicional:	Suscríbete para recibir mensajes de texto. Sí No
Nombre del padre/tutor 2:	Número de teléfono principal:	Suscríbete para recibir mensajes de texto. Sí No
Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono adicional:	Suscríbete para recibir mensajes de texto. Sí No
CONTACTOS DE EMERGENCIA El padre/madre o tutor legal será la primera persona con la que intentaremos comunicarnos. En caso de no poder contactar al padre/madre o tutor legal, deberá proporcionar al menos dos contactos de emergencia, además del padre/madre o tutor legal que reside con el niño/a. Incluya toda la información solicitada. Las personas que se indican a continuación deberán presentar una identificación válida antes de que el niño/a mencionado/a sea entregado/a al centro.		
Nombre:	Relación con su hijo:	Número de teléfono:
Ciudad:		¿Autorizado para recoger al niño? Sí No
Nombre:	Relación con su hijo:	Número de teléfono:
Ciudad:		¿Autorizado para recoger al niño? Sí No
Compañía de autobuses (si corresponde):	Dejar	Levantar Ambos

RESTRICCIONES		
Sí*	No	¿Existe alguna orden de protección o de restricción vigente que involucre a este niño? *Si la respuesta es SÍ, debe proporcionar una copia a WCMCA Head Start.
El niño NO podrá ser entregado a: Nombre: _____ Relación con su hijo: _____		
Sí*	No	¿Existen restricciones legales para entregar al niño a su otro progenitor durante el horario del programa Head Start? *Si la respuesta es SÍ, debe proporcionar a WCMCA Head Start una copia de la orden.

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SEGURO Por favor, proporcione la siguiente información en caso de que su hijo/a necesite servicios de emergencia.		
Cobertura médica: Asistencia médica/MN Care	Privado Otro IDENTIFICACIÓN	Ninguno
Cobertura dental: Asistencia médica/MN Care	Privado Otro IDENTIFICACIÓN	Ninguno
Clínica médica:	Clínica dental:	
Sí	No	Si no puedo ser localizado en caso de emergencia, autorizo al personal de Head Start a tomar todas las medidas de emergencia que consideren necesarias para el cuidado de mi hijo y entiendo que Head Start no es responsable de los costos no cubiertos por mi seguro.
Firma de Padre/Tutor:		Fecha:

Machine Translated by Google

Inicio temprano de WCMCA

Acuerdo de inscripción 2026-2027

PERMISOS Y ACUERDOS		
Sí	No	Doy permiso a Head Start para intercambiar información con el Departamento de Salud Pública del Condado de _____ y el programa WIC.
Sí	No	Doy mi autorización para que Head Start intercambie información relevante sobre el desarrollo infantil _____ con el Distrito Escolar.
Sí	No	Doy mi autorización a Head Start para usar fotos y videos de mi hijo/a y mi familia en el aula, los pasillos, las relaciones públicas y la difusión del programa. (Tache cualquier uso que no apruebe e inicie aquí: _____).
Sí	No, doy mi autorización para que los profesionales de la salud determinen el estado de salud médica y bucal de mi hijo.	
Sí	No	Acepto someter a mi hijo/a a un examen físico (que incluya audición, visión, desarrollo, evaluación socioemocional, prueba de plomo y prueba de hemoglobina) dentro de los 30 días posteriores a la inscripción y completar cualquier tratamiento recomendado.
Sí	No	Acepto realizar un examen dental a mi hijo dentro de los 90 días posteriores a la inscripción y completar cualquier recomendación. tratamiento.
Sí	No	Acepto seguir el calendario de revisiones médicas para niños y adolescentes de Minnesota, que incluye las normas de detección y vacunación relacionadas con la edad, para mi hijo/a.
Sí	No	Planificaré y participaré en el número requerido de visitas domiciliarias, reuniones con los padres y eventos familiares. Mi hijo/a asistirá al centro con regularidad. Si yo o mi hijo/a no podemos asistir, avisaré al personal antes de la hora de inicio prevista.
Sí	No	El personal de Head Start y los socios colaboradores tienen permiso para cambiarle el pañal a mi hijo, incluyendo el uso de toallitas húmedas y cremas de venta libre según sea necesario.
Sí	No	Doy mi autorización para que se administren protectores solares en loción, crema de manos o repelente de insectos de acuerdo con las instrucciones del fabricante o las instrucciones del médico o dentista autorizado de la familia.

Firma de Padre/Tutor: Fecha: