

HIGHLAND RIM HEAD START

P.O. Box 208 • 3215 Highway 149
Erin, Tennessee 37061



Permiso para obtener o divulgar información confidencial

Yo, _____, doy permiso a Highland Rim Head Start para obtener o divulgar información confidencial de varias agencias o individuos con respecto a mi hijo(a), _____.

Mi consentimiento, a menos que sea revocado por escrito, es válido hasta el **30 de junio de 2023**.

La información que se puede solicitar o divulgar puede incluir, entre otros, lo siguiente:

Exámenes / Registros Físicos Exámenes	Registros Dentales
Resultados de laboratorio / rayos X	Registros de inmunización
Evaluación del desarrollo	Resultados del cribado
Certificado de nacimiento	Plan de educación individual
Tarjeta de seguro de salud	Registros de salud mental
Plan de servicio familiar individual	
Otros según sea necesario	

Firma de los padres / tutor

Firma del personal de Head Start

Relación con el niño/a

Fecha

HIGHLAND RIM HEAD START

P.O. Box 208 • 3215 Highway 149
Erin, Tennessee 37061



Formulario de permiso del programa

El nombre del niño: _____

Localización: _____

POR LA PRESENTE DOY MI PERMISO para que mi hijo reciba los exámenes y servicios marcados a continuación. Entiendo que se me notificará con anticipación de la fecha y el lugar de los servicios de salud y que puedo asistir. Entiendo que se me notificará de los resultados de todos los exámenes y evaluaciones. Entiendo que todas las evaluaciones se proporcionarán sin cargo a los niños de Head Start. Los fondos de Head Start se pueden usar para servicios médicos y dentales profesionales cuando no hay otra fuente de financiamiento disponible.

<u>Servicio</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Examen dental / fluoruro	___	___
Examen de audición	___	___
Examen de la vista	___	___
Examen de habla / lenguaje	___	___
Evaluación del desarrollo	___	___
Examen socioemocional	___	___
Consultor/a de salud mental Observacion	___	___

ADEMÁS, DOY MI PERMISO para lo siguiente: Sí No

Para que mi hijo/a participe en excursiones. _____

Para que mi hijo sea transportado por el personal de Head Start para que participe en cualquier actividad de Head Start. _____

Para que la foto / video de mi hijo se tome como aprobado y supervisado por el personal de Head Start. _____

(algunas imágenes pueden estar incluidas en publicaciones internas y en sitios de redes sociales)

Consentimiento para el tratamiento médico / dental de emergencia del niño

Yo, _____, por la presente doy mi consentimiento para el tratamiento médico o dental de emergencia necesario del niño mencionado a continuación por cualquier médico o dentista con licencia mientras esté bajo el cuidado de Highland Rim Head Start y para el transporte del niño hacia y desde la fuente de emergencia. tratamiento. Esta atención puede incluir exámenes y cualquier prueba que, en opinión del médico o dentista, se considere necesario o aconsejable. Esto no incluye el derecho a realizar operaciones quirúrgicas sin mi consentimiento, excepto en el caso de una emergencia cuando, después de que se haya hecho un esfuerzo para ubicarme, se descubra que no estoy disponible. Este consentimiento es válido por el período de tiempo que mi hijo esté inscrito en el Programa Head Start.

Se me han explicado los elementos anteriores. A mi leal saber y entender, he respondido todos los elementos correctamente. Entiendo que se me notificará con anticipación antes de que mi hijo participe en cualquiera de las actividades anteriores.

Signature of Parent/Guardian

Signature of Head Start Staff

Date

Date

Highland Rim Head Start Acuerdo de asociación familiar

El Acuerdo de Asociación Familiar es una oportunidad continua para que su familia construya una relación positiva con el personal del programa de forma voluntaria, mientras identifica las metas de su familia y planifica estrategias para lograr esas metas. Este Acuerdo de Asociación Familiar es un proceso de establecimiento de metas durante todo el año del programa.

Su defensor de la familia se reunirá con su familia periódicamente para completar y dar seguimiento a este acuerdo, ya sea en el hogar, el centro o la ubicación de la comunidad, según sus preferencias.



Nombre de los estudiantes: _____

Nombre de los padres: _____

Localización: _____

_____ Acepto participar en el Acuerdo de asociación familiar.

_____ No deseo participar en el Acuerdo de Asociación Familiar en este momento. Entiendo que si en el futuro quisiera participar, seré libre de hacerlo y que mi decisión de no participar no me excluye de ningún modo de recibir los Servicios para la familia de Head Start.

Parent Signature _____

Date _____

Nombre de los padres: _____ Nombre de los estudiantes: _____

Evaluación de las necesidades familiares

Estamos aquí para ayudarlo con información, recursos, referencias y oportunidades de capacitación. Háganos saber cómo podemos apoyar sus necesidades e intereses.

¿Tiene alguna emergencia o necesita ayuda inmediata en caso de crisis en las siguientes áreas? (Marque todo lo que corresponda)

- Alimentos: (Nutrición, Pirámide, Seguridad, Etiquetado)
- Ropa:
- Asistencia de servicios públicos:
- Desamparo / Refugio:
- Asesoramiento:
- Violencia doméstica:
- Abuso / negligencia infantil:
- Abuso de alcohol / drogas:
- Ninguno en este momento:**

Necesidades familiares y personales. ¿Necesita alguno de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)

- Acceso a la atención médica / seguro médico:
- Asistencia de manutención infantil:
- Recursos de cuidado de crianza:
- Compromiso del padre:
- Ingles como segundo lenguaje:
- Programas de alimentos / Educación nutricional (Cupones de alimentos / WIC):
- Recursos de empleo (acceso a Internet, solicitudes de empleo, desempleo Beneficios):
- Educación continua (diploma de escuela secundaria, GED, universidad, carrera Educación técnica):
- Servicios de creación de presupuestos / ahorros / activos:
- Habilidades y educación para padres (etapas de desarrollo, seguridad en el hogar):
- Alojamiento:
- Educación para la salud (atención prenatal, posparto, odontología, resucitación cardiopulmonar / primeros auxilios, enfermedades transmisibles, consumo de tabaco):
- Asistencia a las familias de los encarcelados:

Si se ofreciera un servicio de autobús en el centro Head Start de su hijo, ¿utilizaría este recurso? No se ofrecería el servicio de autobús puerta a puerta. Los puntos de encuentro se determinarían en función de la necesidad. **YES / NO**

Office Use Only		
Date Completed: _____	Needs Identified: YES / NO	Resources Provided: YES / NO
Comments: _____ _____		
Staff Initials: _____		

ADENDA AL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL CUIDADO INFANTIL

Highland Rim Economic Corporation Nombre de la instalación de cuidado infantil

Instrucciones: Este Apéndice se puede utilizar para cumplir con los requisitos de datos de inscripción del Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos según lo dispuesto por la Regla Provisional emitida el 1 de septiembre de 2004 por el Departamento de Agricultura de los EE. UU. El Anexo será válido durante un año calendario a partir de la fecha de la firma del padre o tutor.

Nombre del participante: _____

Días normales de atención (marque con un círculo según corresponda):

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Horas normales de atención durante el año escolar: 8am to 2pm

_____ to _____

Horas normales de atención durante el verano: _____ to _____
(Solo hasta finales de junio) _____ to _____

Comidas para los participantes (marque con un círculo según corresponda):

Desayuno Suplemento AM Almuerzo
 Suplemento PM Cena Suplemento de noche

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Número de teléfono durante el día del padre / tutor:

Area Code: _____ Number: _____

Firma del padre / tutor

Fecha de la firma



ESTADO DE TENNESSEE
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DEL CURRÍCULO DE SEGURIDAD PERSONAL

Desde 1985, la ley de Tennessee exige que los niños en las agencias de cuidado infantil reciban instrucción anual sobre seguridad personal, incluida la prevención del abuso sexual infantil. El plan de estudios de seguridad personal incluirá un componente reconocido por el Departamento sobre la prevención del abuso infantil.

El Capítulo Público 1032 aprobado por la Asamblea General en 2008 requiere que las agencias de cuidado infantil tengan un plan de estudios de seguridad personal, incluido un componente de abuso sexual infantil, para los niños inscritos en la agencia, y que los padres / tutores legales estén informados sobre el plan de estudios, los métodos y la terminología. que se utilizará para enseñar a los niños sobre la seguridad personal. El Departamento de Servicios Humanos recibió instrucciones de proporcionar pautas para este plan de estudios, pero las agencias de cuidado infantil individuales pueden elegir un plan de estudios que logre el mismo objetivo y pueden usar terminología diferente en el plan de estudios. Se requiere que la agencia de cuidado infantil permita a los padres / tutores legales revisar y hacer preguntas sobre el plan de estudios, y reunirse con representantes de la agencia de cuidado infantil si tienen preguntas.

Además, la agencia de cuidado infantil debe obtener de los padres / tutores legales un formulario reconociendo que han sido notificados del plan de estudios de seguridad personal / abuso sexual infantil que está utilizando la agencia de cuidado infantil en la que está inscrito el niño. Se requiere mantener una copia del formulario en el registro del niño.

“Keeping Kids Safe” es el plan de estudios de seguridad personal de muestra que ofrece el Departamento. Este plan de estudios tiene un enfoque holístico para la seguridad de los niños. El plan de estudios se compone de las siguientes unidades: Autoestima, Familia y amigos, Sentimientos, Resolución de problemas, Seguridad personal (general) y Seguridad personal (4-5 años) y Seguridad a mi alrededor. Todas las sesiones comienzan con tiempo de grupo y son seguidas por actividades complementarias que les dan a los niños práctica adicional para comprender los conceptos. El plan de estudios utiliza títeres de mano para motivar al grupo y presentar las historias. Juntos, el personal y los padres deciden qué terminología usar al referirse a los genitales, ya sea los términos anatómicos correctos o el término general "partes privadas del cuerpo".

Keeping Kid's Safe

El nombre del niño: _____

"Keeping Kids Safe" es el plan de estudios de seguridad personal utilizado por nuestra agencia de cuidado infantil

Nuestra agencia utiliza otro plan de estudios de seguridad personal que se describe a continuación.

Método de instrucción: Cada salón de clases en Highland Rim Head Start tiene una carpeta del plan de estudios "Manteniendo a los niños seguros" que incluye una variedad de historias, actividades y títeres para utilizar al enseñar este plan de estudios de seguridad a los niños.

Terminología de muestra: La terminología utilizada al enseñar el plan de estudios de seguridad debe ser votada por los padres / tutores. Si su hijo tiene 4 años, ¿preferiría "partes privadas del cuerpo", o la término anatómicamente correcto de la parte del cuerpo que se va a utilizar? (Marque con un círculo el que prefiera). * A los niños de 3 años se les enseñará "partes privadas del cuerpo" *

Los materiales de instrucción utilizados en el plan de estudios de seguridad personal de la agencia están disponibles para que los padres o tutores legales los revisen.

Reconozco / reconocemos que se nos ha brindado la oportunidad de revisar el plan de estudios de seguridad personal de la agencia y se nos ha notificado sobre el plan de estudios de seguridad personal / abuso sexual para nuestros niños.

Firma del padre o tutor legal

Date

Firma del padre o tutor legal

Date

Firma del representante de la agencia

Date

Child's Name: _____

DOB: _____

Center/Classroom: _____

Health History

Physical, Psychological, and Social Development

¿Tiene su hijo un médico de atención primaria y un dentista? Dr. _____ Dentist _____

¿Su hijo tiene seguro? Médico _____ Dental _____

¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado u operado? **Si o no** Explicar: _____

¿Ha tenido su hijo alguna vez una lesión grave por accidente? Es decir. ¿Hueso roto? **Si o no** Explicar:

¿Tiene su hijo algún problema con los oídos / audición? **Si o no** Explicar: _____

¿Alguna vez su hijo ha tenido una convulsión / convulsión? **Si o no**

En caso afirmativo, ¿las convulsiones / convulsiones se relacionaron con fiebre alta?

Si o no Fecha de la última vez que ocurrió: _____

¿El niño está bajo cuidado médico por asma? **Si o no** Tipo de medicamento recetado: _____

¿Está su hijo tomando algún medicamento que necesitaría en la escuela? **Si o no**

Tipo de medicación: _____ Razón de la medicación: _____

¿Tiene el niño o algún miembro de la familia inmediata alguno de los siguientes problemas de salud? Especifique cuál: **Si o no**

Asma Diabetes Enfermedad hepática Tendencias hemorrágicas Enfermedad del corazón / vasos sanguíneos Enfermedad de células falciformes Enfermedad crónica Otro (Explicar):

¿Su hijo tiene frecuentes: infecciones urinarias o dificultad para orinar o dolor de estómago, vómitos, diarrea? **Si o no**

¿Existe alguna condición / tratamiento / cuidado que no se haya discutido que pueda afectar a su hijo mientras está en la escuela? (es decir, nacimiento prematuro <4 libras o nacido adicto a una sustancia) **Si o no**

En caso afirmativo explicar: _____

¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada, con un IEP / IFSP? **Si o no**

Proporcionar copias del IEP / IFSP o cualquier documentación relacionada con el diagnóstico.

¿Su hijo está entrenado para ir al baño? **Si o no**

¿Su hijo necesita ayuda para usar el baño? **Si o no**

En caso afirmativo explicar: _____

¿Da permiso para que el personal de Head Start ayude a su hijo a aprender a usar el baño? **Si o no**

¿Cómo responde su hijo a los adultos que no conoce?

Tímido Amigoso Abierto a cualquiera Cobardes o se esconde detrás de los padres
Se calienta con el tiempo Other: _____

¿Tiene su hijo alguna dificultad para decir lo que quiere hacer o tiene usted algún problema para comprender a su hijo?

Si o no

En caso afirmativo explicar: _____

¿Ha habido cambios o problemas recientes en la vida de su hijo que puedan afectar el comportamiento de su hijo? **Si o no**

no En caso afirmativo explicar: _____

¿Tiene alguna inquietud con respecto al comportamiento de su hijo? **Si o no**

En caso afirmativo explicar: _____

El nombre del niño: _____

DOB: _____

Centro / Aula: _____

Nutrition

¿Cómo describiría el apetito de su hijo? **Bueno(a)** **Justo(a)** **Mal**

¿Algún cambio reciente en el apetito? **Si o no**

En caso afirmativo explicar: _____

¿Cómo reacciona su hijo cuando le presentan alimentos nuevos? **Dispuesto a probar cualquier cosa** **Se niega a probar algo nuevo** **Otro:** _____

¿Su hijo se atraganta o se atraganta con la comida? **Si o no**

En caso afirmativo explicar: _____

¿Su hijo come cosas que no son comida? **Si o no**

En caso afirmativo explicar: _____

¿Su hijo sigue una dieta especial por motivos religiosos o médicos? **Si o no**

En caso afirmativo explicar: _____

¿Su hijo tiene un diagnóstico de alergia alimentaria o alergia no alimentaria? **Si o no**

If yes explain allergic reaction:

¿Se receta un EpiPen (autoinyector de epinefrina)? **Si o no**

¿Su hijo se alimenta a sí mismo? **Si o no** Si es así, ¿cómo? Come con los dedos ____ Usa tenedor / cuchara ____ Usa taza / vaso regular ____

Firma del Padre / Tutor: _____

Date: _____

Firma del personal de Head Start: _____

Date: _____

***** Si su hijo necesitará medicamentos mientras está en la escuela (esto incluye un inhalador o EpiPen), el médico, el padre / tutor, el maestro y el gerente de servicios de salud del niño deben completar y firmar un Plan de acción de salud individualizado antes de asistir a la escuela. *****

***** Si su hijo tiene una alergia alimentaria, el médico del niño debe completar y firmar un Formulario de solicitud de dieta especial y enviarlo a su Defensor de la familia antes de que el niño asista a la escuela para que se puedan realizar las adaptaciones. *****



The Flu:

A Guide For Parents

FLU INFORMATION

What is the flu?

Influenza (the flu) is an infection of the nose, throat, and lungs caused by influenza viruses. There are many different influenza viruses that are constantly changing. Flu viruses cause illness, hospital stays and deaths in the United States each year.

The flu can be very dangerous for children. Each year about 20,000 children younger than 5 years old are hospitalized from flu complications, like pneumonia.

How serious is the flu?

Flu illness can vary from mild to severe. While the flu can be serious even in people who are otherwise healthy, it can be especially dangerous for young children and children of any age who have certain long-term health conditions, including asthma (even mild or controlled), neurological and neurodevelopmental conditions, chronic lung disease, heart disease, blood disorders, endocrine disorders (such as diabetes), kidney, liver, and metabolic disorders, and weakened immune systems due to disease or medication.

Children with these conditions and children who are receiving long-term aspirin therapy can have severe illness from the flu.

How does the flu spread?

Most experts believe that flu viruses spread mainly by droplets made when people with the flu cough, sneeze or talk. These droplets can land in the mouths or noses of people who are nearby. Less often, a person might get the flu by touching something that has flu virus on it and then touching their own mouth, eyes or nose.

What are the symptoms of the flu?

Symptoms of the flu can include fever, cough, sore throat, runny or stuffy nose, body aches, headache, chills, fatigue and sometimes vomiting and diarrhea (more common in children than adults). Some people with the flu will not have a fever.

How long can a sick person spread the flu to others?

People with the flu may be able to infect others by shedding virus from 1 day before getting sick to 5 to 7 days after. However, children and people with weakened immune systems can shed virus for longer, and may be still contagious past 5 to 7 days of flu illness, especially if they still have symptoms.

PROTECT YOUR CHILD

How can I protect my child against the flu?

To protect against the flu, the first and most important thing you can do is to get a flu vaccine for yourself and your child.

- ▶ Vaccination is recommended for everyone 6 months and older.
- ▶ It's especially important that young children and children with long term health conditions get vaccinated. (See list of conditions in "How serious is the flu?")
- ▶ Caregivers of children with health conditions or of children younger than 6 months old should get vaccinated. (Babies younger than 6 months are too young to be vaccinated themselves.)
- ▶ Another way to protect babies is to vaccinate pregnant women. Research shows that flu vaccination gives some protection to the baby both while the woman is pregnant and for up to 6 months after the baby is born.

Flu vaccine is updated annually to protect against the flu viruses that research indicates are most likely to cause illness during the upcoming flu season. Flu vaccines are made using strict safety and production measures. Over the years, millions of flu vaccines have been given in the United States with a very good safety record.



U.S. Department of
Health and Human Services
Centers for Disease
Control and Prevention

Is there a medicine to treat the flu?

Antiviral drugs are prescription medicines that can be used to treat and prevent influenza illness. They can make people feel better and get better sooner. Antivirals can mean the difference between having milder illness instead of very serious illness that could result in a hospital stay. Antiviral drugs are different from antibiotics, which fight against bacterial infections. They work best when started during the first 2 days of illness. It's very important that antiviral drugs are used early to treat the flu in people who are very sick (for example, people who are in the hospital) or who are at high risk of having serious flu complications. Other people with flu illness may also benefit from taking antiviral drugs. These drugs can be given to children and pregnant women.

What are some of the other ways I can protect my child against the flu?

In addition to getting vaccinated, you and your children can take everyday steps to help prevent the spread of germs.

These include:

- ▶ Stay away from people who are sick.
- ▶ If your child is sick with flu-like illness, try to keep him or her in a separate room from others in the household, if possible.
- ▶ CDC recommends that your sick child stay home for at least 24 hours after his or her fever is gone except to get medical care or for other necessities. The fever should be gone without the use of a fever-reducing medicine.
- ▶ Cover your mouth and nose with a tissue when you cough or sneeze. Throw the tissue in the trash after it has been used.
- ▶ Wash hands often with soap and water. If soap and water are not available, use an alcohol-based hand rub.
- ▶ Avoid touching your eyes, nose and mouth. Germs spread this way.
- ▶ Clean and disinfect hard surfaces and objects that may be contaminated with germs, including bathroom surfaces, kitchen counters and toys for children. Clean by wiping them down with a household disinfectant according to directions on the product label.



These everyday steps are a good way to reduce your chances of getting sick. However, a yearly flu vaccine is the best protection against flu illness.

IF YOUR CHILD IS SICK

What can I do if my child gets sick?

Talk to your doctor early if you are worried about your child's illness.

Make sure your child gets plenty of rest and drinks enough fluids. If your child is 5 years and older and does not have other health problems and gets flu-like symptoms, including a fever and/or cough, consult your doctor as needed.

Children younger than 5 years of age – especially those younger than 2 years old – and children with certain chronic conditions, including asthma, diabetes and disorders of the brain or nervous system, at high risk of serious flu-related complications. If your child is at high risk for flu complications, call your doctor or take them to the doctor right away if they develop flu-like symptoms.

What if my child seems very sick?

Even previously healthy children can get very sick from the flu.

Make sure your child gets plenty of rest and drinks enough fluids. If your child is 5 years or older and does not have other health problems and gets flu-like symptoms, including a fever and/or cough, consult your doctor as needed:

- ▶ Fast breathing or trouble breathing
- ▶ Bluish or gray skin color
- ▶ Not drinking enough fluids (not going to the bathroom or not making as much urine as they normally do)
- ▶ Severe or persistent vomiting
- ▶ Not waking up or not interacting
- ▶ Being so irritable that the child does not want to be held
- ▶ Flu-like symptoms improve but then return with fever and worse cough
- ▶ Has other conditions (like heart or lung disease, diabetes, or asthma) and develops flu symptoms, including a fever and/or cough.

Can my child go to school, day care or camp if he or she is sick?

No. Your child should stay home to rest and to avoid giving the flu to other children or caregivers.

When can my child go back to school after having the flu?

Keep your child home from school, day care or camp for at least 24 hours after their fever is gone. (The fever should be gone without the use of a fever-reducing medicine.) A fever is defined as 100°F (37.8°C) or higher.

For more information, visit www.cdc.gov/flu or www.flu.gov or call 800-CDC-INFO



**STATE OF TENNESSEE DEPARTMENT OF HUMAN
SERVICES
CITIZEN PLAZA BUILDING 400
DEADERICK STREET
NASHVILLE, TENNESSEE 37243-1403**

**TELEPHONE: 615-313-4700 FAX: 615-532-9956
TTY: 1-800-270-1349
www.tn.gov/humanservices**

Formulario de notificación de información sobre la influenza

El CAPÍTULO PÚBLICO 687 requiere que el Departamento de Servicios Humanos y el Departamento de Salud trabajen juntos para educar a los padres de niños en agencias de cuidado infantil sobre la importancia de vacunar a sus hijos contra la influenza. El Departamento de Servicios Humanos trabaja con las agencias de cuidado infantil para garantizar que esta información se distribuya anualmente a los padres en agosto o septiembre.

Reconozco / reconocemos que hemos recibido información sobre la importancia de vacunar a los niños contra la influenza.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Firma del representante de la agencia

Fecha

Nombre del padre: _____

El nombre del niño: _____

Temas de la reunión de padres / tutores para padres:

Los siguientes temas se pueden ofrecer durante el año del programa de acuerdo con los intereses de los padres / tutores. (Encierre en un círculo todas las que correspondan):

Crecimiento y desarrollo infantil	Participación familiar y educación	Salud y Seguridad
Hito del desarrollo (3-5 años)	Habilidades de los padres	Salud de los niños
Desarrollo socioemocional	El establecimiento de metas	Nutrición
Preparación para la escuela	Habilidades laborales y formación	Prevención del abuso infantil
Transición al jardín de infantes	Gestión del estrés y del tiempo	Plan de preparación para desastres
Manejo de comportamientos desafiantes	Los padres como maestros	Recursos de consejería
Disciplina positiva	Abuelos criando hijos	Hacer su hogar a prueba de niños
Comprender el temperamento de padres e hijos	Gestión presupuestaria / del dinero	Primeros auxilios / RCP
Leer con niños	Artesanías / Actividades	Comida y cocina saludables con niños en casa
Entrenamiento para ir al baño	Reanudar redacción / preparación para el trabajo	Importancia de la salud dental
Otro: _____	Otro: _____	Otro: _____

CÓDIGO DE CONDUCTA

Todos los empleados, voluntarios, miembros del Consejo de Políticas, miembros del Comité de Padres y la Junta Directiva de HREC deberán:

- Mantener un estándar de vestimenta y aseo que refleje el buen gusto y el sentido común;
- Presentar una actitud profesional, preocupada e imparcial con cada individuo que busca servicios;
- No solicitar ni aceptar gratificaciones, favores ni nada de valor monetario de contratistas o contratistas o proveedores potenciales;
- No someter a nadie a acoso sexual;
- Mantener la confidencialidad y proteger la privacidad de la información de identificación personal sobre los niños, las familias y los miembros del personal;
- Mantener un ambiente libre de drogas;
- No obtener ganancias financieras a través de tratos con la agencia (no incluye salarios del personal);
- No fumar dentro de los cincuenta (50) pies del edificio de una agencia o alrededor de niños inscritos en un programa de la agencia;
- No permitir el uso del castigo corporal y el aislamiento total o prolongado como medidas disciplinarias en Head Start;
- Respetar y promover la identidad única de cada niño y familia y abstenerse de estereotipos sobre la base de género, raza, etnia, cultura, religión o discapacidad;
- No permitir que un niño se quede solo o sin supervisión mientras esté bajo mi cuidado;
- Utilice métodos positivos de orientación infantil.

Firma

Fecha

Highland Rim Head Start Contrato de asistencia

El programa Highland Rim Head Start tiene una política de asistencia que se debe cumplir. La asistencia regular de su hijo a la escuela es necesaria para que tenga éxito en la escuela. Los niños también necesitan la consistencia de horarios y rutinas en sus vidas, por lo que asistir con regularidad es muy importante.

Entiendo que:

- Mi hijo debe mantener una asistencia regular al programa (85% o más).
- Debo comunicarme con el maestro de mi hijo siempre que mi hijo no esté en la escuela.
- Si no me comunico con el maestro de mi hijo cuando estará ausente, esa ausencia se documentará como INJUSTIFICADA.
- Mi defensor de la familia está disponible para apoyarme a mí ya mi familia. Él / ella me visitará si hay alguna inquietud de asistencia para mi hijo y ofrecerá cualquier apoyo e ideas que pueda.
- Si la asistencia de mi hijo se vuelve irregular y / o se convierte en un problema continuo, otro niño que necesite el programa puede ser atendido en su lugar, si no se toma una solución para cumplir con las políticas de asistencia.

Un miembro del personal de Head Start ha revisado el paquete de inscripción conmigo y comprendo completamente los documentos. También entiendo cuál es mi papel y mis responsabilidades como participante en el programa Highland Rim Head Start.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Firma del personal de Head Start

Fecha



Today's Activity: Play Simon Says!



ReadyRosie's modeled moments are designed to bring valuable lessons into real life situations in an engaging way for everyone.

You will receive a weekly playlist of videos that connect fun activities with serious learning opportunities. Who knew Simon Says could teach so much?!

How it works:

1

Families watch a 2 minute video from the playlist.

2

Families have fun learning and doing the activity.

3

Families can track progress and boost learning!



Ask your teacher
to connect you
to ReadyRosie!

Highland Rim Head Start Declaración de padres/tutores

- Recibí un resumen de los requisitos de licencia de guardería, junto con una copia de Highland Rim Head Start Manual para padres. He firmado esta declaración a continuación, verificando al recibir mi comprensión y acuerdo de su contenido.
- La Política de Confidencialidad de Highland Rim Head Start ha sido revisada conmigo y entiendo mis responsabilidades para mantener la confidencialidad con respecto a los niños y familias inscritos.
- He recibido capacitación sobre abuso y negligencia infantil, incluida la denuncia obligatoria, y me han proporcionado el número de teléfono de la línea directa de abuso infantil.
- Recibí una copia y fui capacitado en el Manual de Orientación para Voluntarios.
- He recibido una copia del Manual de recursos para padres.
- He visitado las instalaciones de Highland Rim Head Start antes de inscribir a mi hijo.
- Fecha de visita previa a la inscripción: _____

Si tengo más preguntas, entiendo que puedo preguntarle a mi Defensor familiar o maestro en el Centro Head Start de mi hijo.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Firma del personal

Fecha