



## ACUERDO DE FAMILIA Y EL SITIO DE HEAD START

Entre

El Programa de Head Start y \_\_\_\_\_  
(Imprime el nombre del Padre/Guardián)

Padre/Guardián legal de \_\_\_\_\_  
(Imprime el nombre del Niño)

### **HEAD START proveerá:**

- Día entero de servicios de desarrollo/educación al Niño durante los días lunes a viernes durante los nueve meses escolares (con excepción de los días de fiesta).
- Exámenes de salud y dental para el Niño y ayuda con los tratamientos si son necesarios y apropiados;
- Examen de salud mental para el Niño y ayuda con los tratamientos si son necesarios y apropiados;
- Comida y bocaditos saludables (nutritivos) al Niño y evaluación/consejo para reconocer si el niño esta de buena salud (nutritivamente);
- Educación para padres y oportunidades de asistir actividades regularmente;
- Servicios de transición para el Niño cuando pasa a la escuela pública u otros programas de desarrollo de niño;
- Servicios integrales de apoyo para toda la familia, incluyendo la identificación de metas, objetivos, y planes para cumplirlos;
- Oportunidad para el Niño de cepillarse sus dientes diariamente. En el sitio de Gainesville, se cepillan los dientes dos veces por día porque no hay cantidad adecuada de fluoruro en el agua.

### **HEAD START puede:**

- Proveer transportación para el Niño cuando lleven a los niños a día de campo o cuando sea apropiado por razón de emergencia física o dental. Entiendo que habrá formas de permiso para el día de campo. Necesitaré firmar esa forma para que mi niño pueda participar;
- Relevar información sobre el Niño en relación de su salud, información de familia, información educativa y otros documentos al programa de HEAD START. Se le puede dar esta información a sus agentes y empleados y/o las agencias de servicios humanos para proveer servicios;
- Relevar los documentos del Niño y familia para el propósito de repaso e inspección por medio de auditores, instructores, y otros representantes de organizaciones que proveen fondos para los servicios que recibe el Niño y/o en conjunto con el programa de HEAD START.

ACUERDO DE FAMILIA (continuación)

**Noticia: En completar esta forma, está usted matriculando a su hijo en un programa de desarrollo de niños. Para que siga su niño en este programa, usted necesita apoyar las reglas/leyes establecidos por el programa de Head Start.**

*El padre/guardián da su permiso y está en acuerdo de lo siguiente. (Favor de poner su inicial al lado de las declaraciones con que usted está de acuerdo.)*

**Se le espera al Padre que:**

- \_\_\_\_\_ Nos avise cuando hay cambio en la información de personas a quien le podemos llamar en caso de emergencia;
- \_\_\_\_\_ Provea información del Niño acerca de su historia de salud, incluyendo condiciones médicas y más información que se le pidamos;
- \_\_\_\_\_ Participe en el desarrollo de metas educativas del Niño y metas de familia;
- \_\_\_\_\_ Participe en dos conferencias de padre y dos visitas de hogar durante el año escolar por parte de la maestra del Niño y empleados de los servicios sociales;
- \_\_\_\_\_ Asegure que su Niño asiste su clase regularmente y que avise cuando el Niño no pueda asistir;
- \_\_\_\_\_ Apoye la póliza del programa de HEADSTART en recoger su Niño a tiempo cada día y de no llegar tarde para su clase diariamente;
- \_\_\_\_\_ Siga con los planes de acción formuladas en conjunto con el personal de HEAD START;
- \_\_\_\_\_ Coopere y trabaje en conjunto con todos los programas de HEAD START que le sirven a su niño o su familia;
- \_\_\_\_\_ Participe en juntas de padre, voluntad, y actividades de familia;

**HEAD START puede:**

- \_\_\_\_\_ Utilice fotografías del Niño para instrucción de personal, propaganda o para publicación, incluyendo publicaciones electrónicas. Niños adoptivos no serán fotografiados.

**El Padre/Guardián entiende que los servicios de HEAD START pueden ser suspendidos, terminados, o transferidos si alguna de las condiciones siguientes existen:**

- \_\_\_\_\_ ❖ Si el niño presenta un riesgo para la salud o la seguridad para sí mismo o a otros;
- \_\_\_\_\_ ❖ Si las palabras o acciones de los Padres/Guardianes (o las palabras/acciones de la familia/representantes del niño) se perciben representar amenaza físico para el personal de HEAD START, otros padres, niños, o voluntarios;
- \_\_\_\_\_ ❖ Noticia falsa de información de casa o la estructura de la familia, su trabajo o ingresos de la familia, o si ocurre cambio mayor en esa información que no se reporta prestamente al programa de HEAD START.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Personal de Head Start

\_\_\_\_\_  
Fecha