



Denial of Service Negación de Servicios

Yo, _____ el padre/guardián de _____
(Favor de imprimir su nombre) (Favor de imprimir el nombre del niño)

estudiante en el programa de Head Start matriculado en la escuela _____
(Nombre de la escuela)

durante el año escolar _____ .
(Por ejemplo: 2005-2006)

Entiendo en qué consisten los exámenes, tratamientos o evaluaciones que le quieren hacer a mi niño y que son parte del programa de Head Start. En firmar esta forma, quiero negar los servicios ofrecidos por Región 9.

La RAZON porque quiero negar estos servicios:

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Firma del empleado del Programa de Head Start que acepta esta forma