



Mid-Bronx CCRP Early Childhood Center Inc.
1125 Grand Concourse
Bronx, New York 10452
Telephone: (718) 590-7014 Fax: (718) 590-7059
midbronxccrp.org

DOE Parent/Guardian Consent Form

Child's Name: _____ D.O.B. _____

Date of Enrollment: _____ Class: _____

Directions: Parent/Guardian initials online to indicate permission.

As the parent/legal guardian of the child _____, I give permission by initialing below for the following:

_____ My child will receive --- Breakfast --- Lunch ---Snack in accordance with CACFP nutrition guidelines, Head Start Food menus and the food and allergy restrictions set by parent/guardian. **Outside food is not permitted.**

_____ My child may engage in any trip and activities forming a part of the Head Start Program.

_____ My home address and telephone may be listed on the center list for use of the Head Start staff and parents groups only.

_____ My child may be photographed/video-taped while involved in the Head Start activities for educational or publicity purposes. The picture and video tapes will become part of my child's educational record and/or be given to the child's parents. No financial contribution is to be paid to me.

_____ My child may receive screenings deemed necessary by the Head Start. Screenings will include medical, dental, speech/language, vision, growth, hearing, motor skills, cognitive skills, social and perception skills. Head Start will inform me of any results which need follow-up.

_____ My child may receive minor medical first aid treatment from the Head Start staff. This might include but is not limited to: cleaning minor cuts and scrapes with water and applying a band aid. I also give permission for transportation by any emergency first responder to transport my child to any appropriately licensed private or public hospital in the event of an emergency.

In case of emergency, kindly notify:

Name in Print: _____

Address: _____ Telephone: _____

Print Parents Name: _____

Parents Signature: _____ Date: _____

Family Workers Signature: _____ Date: _____



Mid-Bronx CCRP Early Childhood Center Inc.
1125 Grand Concourse
Bronx, New York 10452
Telephone: (718) 590-7014 Fax: (718) 590-7059
midbronxccrp.org

Departamento de Educación Consentimiento de Padres/Tutor

Nombre del niño/a: _____ F.D.N. _____

Fecha de Registración: _____ Clase: _____

Instrucciones: Padres/tutor, escriban sus iniciales que indica el permiso de ustedes.

Como el padre/tutor de _____, doy permiso para lo siguiente:

_____ Mi hijo/a recibirá ----- Desayuno ----- Almuerzo ----- Merienda de acuerdo con las reglas de nutrición de CACFP, los menús de alimento del Head Start y la lista de restricciones y alergias solicitado por los padres/guardianes. **No se permite la comida de afuera.**

_____ Mi hijo/a puede participar en las actividades y paseos que formen parte del programa.

_____ Que mi dirección y teléfono sea usado por el centro en caso de emergencia.

_____ Que mi hijo/a sea retratado y grabado para actividades solamente educativas.

_____ Mi hijo/a recibirá exámenes que consideren necesarios en el Head Start. Los exámenes incluyen servicios médicos, dentales, del habla, del lenguaje, la visión, el crecimiento, la audición, habilidades motoras, cognitivas, sociales, y habilidades de percepción. El centro nos informará de los resultados para continuarlos si es necesario para el futuro.

_____ Mi hijo/a recibirá cuidado médico: estos pueden ser pequeñas caídas, cortaduras, arañones, con agua y una curita. También le doy permiso para ser transportado al hospital más cercano en caso de emergencia.

En caso de emergencia, notifique amablemente a:

Nombre en letra de Molde: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre del Padre/tutor en letra de Molde: _____

Firma del Padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma de la Trabajadora Familiar: _____ Fecha: _____