



### Acuerdo Para Servicios Educativos

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

La participación en los programas para Pre-Kínder del Condado de Cabarrus es una oportunidad única. Como con cualquier otra oportunidad, conlleva responsabilidades. Por medio de este contrato, los padres se están uniendo a los Programas para Pre-Kínder del Condado de Cabarrus en una asociación para apoyar a nuestros niños.

Estoy comprometido(a) con y voy a:

1. Estar de acuerdo en que mi niño(a) asista a la escuela cada día que él/ella pueda hacerlo. Yo entiendo que es la responsabilidad de los padres enviar una nota cada vez que el niño(a) esté ausente. Yo entiendo que las ausencias sin excusa y la asistencia irregular (aun teniendo las ayudas como apoyo) resultará en que mi niño(a) sea rechazado del programa.
2. Estar de acuerdo en asegurarme de que mi niño(a) llegue al comienzo del día escolar.
3. Estar de acuerdo en proveer transportación a mi niño(a), y a que se le deje y se le recoja a tiempo. Estoy al tanto de que no hay provisiones para cuidado infantil antes y después de la escuela.
4. Estar de acuerdo en mantener las vacunas/exámenes físicos al día y encargarme de cualquier necesidad médica que surja.
5. Estar de acuerdo en que el personal haga visitas a domicilio durante el año escolar.
6. Estar de acuerdo en asistir a conferencias solicitadas por el (la) maestro(a) de mi niño(a) y estar disponible para tener contacto de manera regular con el personal. (Esto puede que incluya visitas a domicilio, conferencias por vía telefónica o conferencias en la escuela.
7. Estar de acuerdo en leer todas las noches con mi niño(a) y firmar el registro de lectura a diario si lo pide el (la) maestro(a) de mi niño(a).
8. Estar de acuerdo en participar con mi niño(a) en actividades regulares en casa si es pedido por el (la) maestro(a) de mi niño(a) para promover el aprendizaje de alfabetización.
9. Estar de acuerdo en revisar la mochila de mi niño(a) diariamente para la comunicación entre escuela/hogar.
10. Estar de acuerdo en dejar a mi niño(a) participar en la Evaluación de Desarrollo de los Programas de Pre-Kínder del Condado de Cabarrus.
11. Estar de acuerdo en seguir con cuidado las recomendaciones de parte de los especialistas de apoyo, en caso de que la maestra de mi niño(a) tenga alguna preocupación adicional con respecto a su comportamiento o educación.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



### Acuerdo De Servicios Para la Salud

El pre-escolar del Condado de Cabarrus requiere cuidado de salud continuo para todos los estudiantes de manera que estén saludables y listos para aprender. Como condición de matrícula en este programa,

Estoy de acuerdo en lo siguiente para

\_\_\_\_\_

Nombre del niño(a)

- Llevaré a mi niño(a) al proveedor de servicios de salud para un chequeo físico cada 12 meses y le proveeré a la escuela una copia del examen físico y del récord de vacunas.
- Si la visión de mi niño(a) no es revisada durante la visita médica, estoy de acuerdo en que su visión sea revisada por el personal de la escuela. Estoy de acuerdo en completar todas las citas de seguimiento necesarias relacionadas con la visión de mi niño(a).
- Si la audición de mi niño(a) no es revisada durante la cita médica, estoy de acuerdo en que se le haga el examen de oídos por parte del audiólogo de la escuela. Estoy de acuerdo en completar todas las citas de seguimiento necesarias relacionadas con la audición de mi niño(a).
- Estoy de acuerdo en llevar a mi niño(a) a su dentista regular para un examen cada 6 meses o permitirle a la Clínica Dental de la Alianza de Salud de Cabarrus completar un examen dentro de los 90 días de matrícula. Si el dentista determina que mi niño(a) necesita tratamiento adicional, estoy de acuerdo en completar todos los tratamientos antes de finalizar el año escolar. Yo estoy de acuerdo en completar todos los tratamientos antes de concluir el año escolar.
- Estoy de acuerdo en buscar o recoger a mi niño(a) de la escuela si ocurre lo siguiente:
- Vómito-el niño(a) deberá estar sin vómito y sin medicamento por 24 horas antes de regresar a la escuela. o Diarrea-el niño(a) deberá estar sin diarrea y sin medicamento por 24 horas antes de regresar a la escuela.
  - Fiebre-100 grados F o más. El niño(a) deberá estar sin fiebre y sin medicamento por 24 horas antes de regresar a la escuela.
  - Piojos, insectos vivos-al niño(a) se le mandará a la casa con la hoja de tratamiento por 14 días y deberá primero ver a la enferma antes de regresar a la clase, después del tratamiento inicial.
  - Otro-Vea el Manual para Padres para la lista de condiciones/enfermedades que requieren la exclusión/salida de la escuela.

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Enfermera: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



Cabarrus Partnership for Children  
1303 South Cannon Blvd, Kannapolis, NC 28083  
Phone: 704-933-8278 Fax: 704-934-0029

### Consentimiento para Fotografiar, Filmar o Grabar a los Niños

Doy permiso para que mi hijo(a) sea grabado(a) o fotografiado(a) por la Asociación de Niños de Cabarrus, Cabarrus County Schools, Kannapolis City Schools, y/o Departamento de Servicios Humanos.

La película, grabación o fotografía será usada para fines educativos o informativos a la discreción de la Asociación para Niños. El propósito principal es compartir información sobre la comunidad que afecta a los niños pequeños y a sus familias. Estos servicios son financiados por Smart Start.

Gracias por permitir que sus niños sean un ejemplo de cómo Smart Start está creando conciencia de las necesidades de los niños en la comunidad.

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela donde su hijo(a) asiste: \_\_\_\_\_

Maestro(a) de su hijo(a):  
\_\_\_\_\_