

## La Hoja de Permisos para El Centro de Proyecto de Oportunidades

**Apellido de Nino/a:** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

Padres/Tutores: Por favor circule "Si" o "No" en las siguientes preguntas. Tambien necesitaremos su firma en la parte de abajo. Gracias!!!!

### Servicio de Salud

1. Yo doy permiso para que mi hijo/a le examinen la vista, los oídos y evaluación sicológica la cual serán examinados por personas profesionales como personal del centro, estudiantes de enfermería (bajo supervisión), sicóloga, dentistas o voluntarios. Si No
2. Yo comprendo que El Proyecto de Oportunidades dará estos servicios mencionados en la parte #1, sin costo alguno. Si No

### Consentimientos Miscelaneos

1. Yo comprendo que mi hijo/a ocasionalmente va a tomar paseos educativos (Permisos seran requeridos). Si No
2. Entiendo que la educación de mi hijo/a es muy importante. Yo estoy de acuerdo en traer a mi hijo/a **A Tiempo**, (desayuno comienza a las 8:00a.m.) Si el padre de familia llega después de las 8:00a.m., las maestras le darán el desayuno y los padres tienen que quedarse hasta que el niño/a termine de desayunar. Si No
3. Yo doy permiso para que a mi hijo/a la fotografíen o tomen video para el uso de El Proyecto de Oportunidades y para medios publicitarios. (Periódico, televisión y artículos de información). Si No

### Informacion Confidencial

1. Yo comprendo que tengo el derecho de revisar el expediente de mi hijo/a acompañada de un miembro de El Proyecto de Oportunidades. Si No
2. Yo comprendo que voy a involucrarme en la educación de mi hijo/a. Si No
3. Yo comprendo que mi hijo/a va a participar en el programa de comida (Child and Adult Care Food Program)(CACFP). Si No
4. Yo comprendo que la información referente a mi hijo/a será compartida con el Distrito Escolar donde la familia reside, Rainbows y con TOP. Si No

**Firma del Padre/Tutores** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

