

Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium
PARENT GUIDE RECEIPT
2023-2024

PARENT(S) NAME: _____

CHILD'S NAME: _____

SCHOOL: _____

The following topics were covered at the initial home visit and will also be discussed at the parent orientation:

Parent Involvement: _____ **Yes** _____ **No**

Suggested ways to volunteer in the classroom and other program areas:

Site Meetings	Parent Engagement	Classrooms Tasks
Policy Council	Fatherhood	Nutrition
Transition/Kindergarten Readiness	Advisory Board	Developmental Skills

Health and Nutrition: _____ **Yes** _____ **No**

Physical and Dental Exams	Vision & Hearing
Immunizations	Labs
Disabilities	First Steps
Speech	

Education: _____ **Yes** _____ **No**

HighScope	Newsletters
COR Advantage	Conscious Discipline
DECA	Denver

Transportation: _____ **Yes** _____ **No**

Pedestrian Safety	Loading & Unloading Safely
Danger Zones	Parent Notification
Bus Evacuation	Change of Address (COS)
Car Seat Safety	

Child Abuse & Neglect: _____ **Yes** _____ **No**

I have been informed of the Elkhart and St. Joseph Counties Head Start Consortium child abuse & neglect policy. I understand the policy and my responsibilities regarding this policy.

I have received the Flip Chart information and information about the Community Resources, and I understand that this outlines: Parent Involvement, Health and Nutrition, Education, and Transportation information.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

Staff signature: _____ **Date:** _____

Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio
RECIBO de GUIA de PADRE
2023-2024

NOMBRE de PADRE: _____

NOMBRE de NIÑO: _____

ESCUELA: _____

Lo siguiente son los temas que se cubrieran en la vista inicial en casa y cual se discutirá en la Orientación de Padre:

Participación de Padres _____ **Si** _____ **No**

Maneras sugeridas de servir como voluntario en el salón y otras aéreas del programa		
Reuniones de Sitio	Involucramiento de Padres	tareas en el classc
Consejo de Pólizas	Paternidad	nutrición
Transición/Prontitud de Kínder	Consejo de Asesor	habilidades de desarrollo

Salud y Nutrición _____ **Si** _____ **No**

Exámenes Físico/Dental	Visión y Auditivo (capacidad de oír)
Vacunas	Laboratorio
Incapacidades	Primeros Pasos
Habla (pronunciación)	

Educación _____ **Si** _____ **No**

HighScope (Currículo)	Boletines
COR Ventaja (Observaciones)	Disciplina Consciente
DECA	Denver

Transporte _____ **Si** _____ **No**

Seguridad Pedestre	Seguridad de Subir y Bajar del Autobús
Zonas de Peligro	Consecuencias de Normas del autobús para Niños
Evacuación de autobús	Cambio de dirección

Abuso y Negligencia de Menores _____ **Si** _____ **No**

Los Condados de Elkhart y S. Joseph Head Start Consorcio me ha informado sobre las pólizas de Abuso y Negligencia de Menores. Entiendo la póliza y mis responsabilidades en cuanto a esta póliza.

He recibido la información del rotafolio e información sobre los recursos de la comunidad, y entiendo que esto describe: Información sobre participación de los padres, salud y nutrición, educación y transporte.

Firme de Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Firma de Personal: _____ **Fecha:** _____