

**Elkhart & St. Joseph Counties Head Start Consortium**  
**PARENT GUIDE RECEIPT**  
**2024-2025**

**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 these 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**  
**2024-2025**

**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:** \_\_\_\_\_