

Northeast SD Head Start Authorization / Confidentiality Form

Parent/Guardian/Volunteer Name: _____
 (Please Print)

Child's Name: _____ Site: _____

Please *initial* each of the following items:

	Yes	No	Marking "Yes" means permission is given. Marking "No" means permission is not given. <i>Permission is voluntary. It is your right to change this consent form at any time. Changes must be in writing.</i>
1.			I authorize NESD HS to conduct a health screening on my child enrolled in Head Start. I understand that this screening includes height, weight, vision, and hearing.
2.			I authorize NESD HS staff to contact the appropriate emergency personnel in the event of a medical or dental emergency.
3.			I authorize for my child to receive first aid treatment for minor injuries while attending NESD HS.
4.			I authorize my child to be involved in developmental screenings that will include motor skills, concepts, language, and self-help, social/emotional and behavioral observations.
5.			I authorize my child's name, date of birth, parents' name, address and phone number and educational records to be released to the Public and Private Schools for transition purposes.
6.			I authorize my child to go on outings (field trips) as part of the Head Start Program's educational child development program.
			I authorize NESD HS Staff to photograph my child/family to be used for:
7a.			Program training and developmental documentation
7b.			Newspaper articles and promotional purposes in order to inform the public of the activities of Head Start (child/family name may also be published)
7c.			Classroom group picture or small group pictures that include other children that can be shared with their families throughout the year
8.			I authorize for my child to participate in lessons 4 – 15 in the Talking About Touching program.

CONFIDENTIALITY AGREEMENT

I, _____, understand the need for absolute confidentiality in my role as a Parent/Guardian of the Northeast South Dakota Head Start Program. I do hereby swear to maintain and accept the responsibility for absolute confidentiality. I will not discuss, with anyone, information seen or heard while in attendance at Head Start. I understand that a breach of confidentiality will be cause for reporting such breach to the Executive Director and may be subject to corrective action, up to and including possible termination of volunteer status.

(See: Confidentiality Policy and Agency Records located in Family Handbook)

 Parent/Guardian/Volunteer Signature Date

 Staff Signature Date

 Parent/Guardian/Volunteer Signature Date

Revised 5/2016

Formulario de Autorización y Confidencialidad de Northeast SD Head Start

Nombre del padre/guardián/voluntario: _____

(Letra de imprenta, por favor)

Nombre del niño: _____

Sitio: _____

Favor de escribir sus iniciales en cada uno de los siguientes ítems:

	Sí	No	Al marcar que “sí”, se está dando autorización. Al marcar que “no”, no se está dando autorización. <i>Es opcional dar autorización. Usted tiene el derecho de hacer cambios a este formulario de consentimiento en cualquier momento. Hay que indicar los cambios por escrito.</i>
1.			Yo doy autorización a NESD HS para que lleve a cabo una evaluación de la salud de mi hijo que está inscrito en Head Start. Yo entiendo que esta evaluación incluye evaluar su estatura, peso, visión, y oído.
2.			Yo doy autorización al personal de NESD HS para que se comunique con el personal de emergencias apropiado en el caso de alguna emergencia médica o dental.
3.			Yo doy autorización para que mi hijo reciba tratamiento de primeros auxilios para heridas leves mientras esté asistiendo a NESD HS.
4.			Yo doy autorización para que mi hijo participe en las evaluaciones del desarrollo mental que incluirán a habilidades motrices, conceptos, lenguaje, y auto ayuda, y observaciones socio-emocionales y conductuales.
5.			Yo doy autorización para que se revele el nombre, la fecha de nacimiento, los nombres de los padres, la dirección, el número de teléfono, y los registros educativos de mi hijo a las escuelas públicas y particulares para los propósitos de la transición.
6.			Yo doy autorización para que mi hijo vaya en excursiones como parte del programa del desarrollo de los niños del programa Head Start.
			Yo doy autorización al personal de NESD HS para que tomen fotos de mi hijo/familia para utilizar las:
7a.			programa para entrenamiento
7b.			artículos del periódico, y fines promocionales para poder informar al público de las actividades de Head Start. (También se puede publicar el nombre del niño y la familia.
7c.			Clase Grupo imagen o imágenes de pequeños grupos que incluyen a otros niños que pueden ser compartidos con sus familias durante todo el año
8.			Yo autorizo a mi hijo a participar en las clases de 4-15 en el programa Talking About Touching.

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, _____, entiendo la necesidad de mantener una confidencialidad absoluta al llevar a cabo mi papel como padre/guardián del programa Northeast South Dakota Head Start. Por la presente, yo juro que mantendré y aceptaré la responsabilidad de mantener la confidencialidad absoluta. Yo no conversaré con nadie sobre la información vista u oída durante la asistencia a Head Start. Yo entiendo que cometer infidencia resultará en informar de tal infidencia al director ejecutivo y puede resultar en tomar medidas correctivas, y hasta podría resultar en descalificarme de poder servir como voluntario.

(Véase: Política de confidencialidad y Registros de la agencia que se encuentran en el Libro de Información para las Familias)

Firma del padre/guardián/voluntario

Fecha

Firma del personal

Fecha

Firma del padre/guardián/voluntario

Fecha