

Northeast SD Head Start Authorization / Confidentiality Form

Parent/Guardian/Volunteer Name: _____ Child's Name: _____
 Site: _____
 (Please Print)

Please check 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 the Dial 4 developmental screening 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.
7a.			I authorize NESD HS Staff to photograph/video my child/family to be used for: program training, developmental documentation, and/or on Head Start's Social Media sites.
7b.			Newspaper articles/photos for promotional purposes in order to inform the public of the activities of Head Start (child/family name may also be published).
7c.			Classroom group pictures/videos or small group pictures/videos that include other children that can be shared with their families throughout the year. Including virtual learning videos taken from the classroom.
8.			I authorize for my child to participate in The Child Protection Unit. SEE BACK SIDE
9.			I authorize Head Start to use TEXT MESSAGES as a form of communication.
10.			I authorize Head Start to apply sunscreen and bug repellent spray to my child as needed for safe outdoor play.
11.			I authorize trained Head Start staff to keep my child and others safe by using verbal de-escalation techniques with my child if my child is in distress, and child-safe holds if de-escalation isn't effective.
12.			I authorize for my child to be added to the Department of Education's Infinite Campus system.

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

Formulario de Autorización y Confidencialidad de Northeast SD Head Start

Nombre del padre/guardián/voluntario: _____

(Letra de imprenta, por favor)

Nombre del niño: _____

Sitio: _____

Por favor revise cada uno de los siguientes artículos:

	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 comuniquen 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.
7a.			Autorizo al personal de NESD hs a fotografiar/video a mi hijo/familia para que sea utilizado para: entrenamiento del programa y documentación de desarrollo.
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.			Cuadro de grupo de aula o fotos y videos de grupos pequeños que incluyen a otros niños que pueden ser compartidos con sus familias durante todo el año. Incluyendo videos de aprendizaje virtual tomados del aula
8.			Autorizo a mi hijo a participar en la Unidad de Protección Infantil. VER RETROCESO
9.			Autorizo a Head Start a usar MENSAJES DE TEXTO como una forma de comunicación.
10.			Autorizo a Head Start a aplicar protector solar y repelente contra insectos a mi hijo, según sea necesario para un juego al aire libre seguro.
11.			Autorizo al personal capacitado de Head Start a mantener a mi hijo y a otras personas seguras mediante el uso de técnicas verbales de desescalada con mi hijo si mi hijo está angustiado y retenciones seguras para niños si la desescalada no es efectiva
12.			Autorizo que mi hijo sea agregado al sistema del Campus Infinito del Departamento de Educación.

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