



# MPISD Child Development Center

1602 West Ferguson  
Mt. Pleasant, TX 75455  
903-575-2092

## 2021-2022 Update Application

Please return the completed update application to the school by **APRIL 2<sup>th</sup>**.

- **COMPLETED** Update Application (attached papers)
- **If your address has changed:** 2 Proofs of Residency: (Gas, Water, Electric, Cable or Satellite Bill)
- **If your medical coverage has changed:** Current Medicaid/CHIP/Private Insurance (card or letter)

Please call your Family Services Specialist if you have any questions.

---

**This application is very important and will assist in preparing for your child for the 2021-2022 school year.**



# MPISD Centro de Desarrollo Infantil

1602 West Ferguson  
Mt. Pleasant, TX 75455  
903-575-2092

## 2021-2022 Aplicación de Actualización

Favor de traer la aplicación completa a la escuela antes del **2 de abril**.

- Aplicación de actualización (documentos adjuntos) **COMPLETA**
- **Si su domicilio a cambiado:** 2 pruebas de domicilio: recibos de gas, agua, luz, cable o satélite
- **Si su cobertura médica ha cambiado:** Tarjeta de Medicaid actual/CHIP/ o tarjeta de seguro médico (tarjeta o carta)

¡Por favor llame a su Especialista de Servicios Familiares si tiene preguntas!

---

**Esta aplicación de actualización es muy importante y le ayudará a prepararse para su hijo(a) para el año escolar 2021-2022.**





Household Members					
Last name	First name	Date of Birth	Social Security #	Male/ Female	Relationship
<b>DEPENDANTS IN HOUSEHOLD:</b>					
<b>CHILDREN IN HOUSEHOLD</b>					
Last name	First name	Date of Birth	Social Security #	Male/ Female	Relationship
APPLICANT					
<b>Other Assistance Received by Any Household Member</b>					
Receiving WIC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No WIC # _____	Receiving SSI <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____	Receiving TANF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No EDG #: _____	Receiving Child Support <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Monthly/weekly amount \$ _____		
Receiving Food Stamps	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	EDG# _____	Monthly Amount _____		
Receiving Foster care/Adoption subsidy Housing <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Monthly amount \$ _____	Receiving Unemployment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Monthly amount \$ _____	Receiving Section 8/Government Housing <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<b>Disability Status</b>					
Suspected Disability/Concern about your child: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, please explain: _____					
Diagnosed Disability: Please provide documentation: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Assessment					
Diagnostic Agency: _____					
Do you have any concerns about <b>other children</b> in your family who are not enrolling in the EHS/HS program who you suspect may have a disability? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, Child's name: _____ Date of Birth: _____					
Concern: _____					
I authorize the Child Development Center to receive and submit income verification information as it relates to the Head Start/PK income guidelines. I certify that the information, including income, provided in this application is accurate and truthful to the best of my knowledge.					
Signature of Parent/Guardian: _____				Date: _____	

Miembros de la Familia					
Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	# del Seguro Social	Masculino/ Femenino	Parentesco
<b>DEPENDIENTES EN EL HOGAR:</b>					
<b>NIÑOS EN LA FAMILIA:</b>					
Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	# del Seguro Social	Masculino/ Femenino	Parentesco
SOLICITANTE					
<b>AYUDA RECIBIDA POR CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA</b>					
Recibe WIC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No WIC # _____	Recibe SSI <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad \$ _____	Recibe TANF <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No # de EDG _____	Recibe Manutención de menores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mensual/Semanal cantidad \$ _____		
Recibe estampillas de alimentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		# de EDG _____	Cantidad mensual _____		
Recibe cuidado de crianza temporal/ Subsidio de Adopción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad mensual \$ _____		Recibe Desempleo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad mensual \$ _____	Recibe Ayuda de Vivienda Pública/ Vivienda de la Sección 8 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Estado de Discapacidad</b>					
Sospecha de Discapacidad/Preocupaciones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si es sí, favor de explicar: _____					
Discapacidad Diagnosticada: Favor de proveer documentos: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Evaluación					
Agencia que le Diagnóstico: _____					
¿Tiene preocupaciones acerca de <b>otros niños</b> de la familia quienes no están matriculados en el programa EHS/HS y que usted sospecha que puedan tener una discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si es sí, Nombre del niño: _____			Fecha de nacimiento: _____		
Preocupación: _____					
Yo autorizo al Centro de Desarrollo Infantil a recibir y transmitir verificación de la información de ingresos la cual se relacione a las normas de ingresos del programa de <i>Head Start</i> / Pre-Kínder. Incluyendo los ingresos, yo declaro que la información que ha sido proveída en esta aplicación es precisa y verídica.					
Firma de Padre/Tutor: _____				Fecha: _____	



## ADMISSION INFORMATION

**Purpose:** Use this form to collect all required information about a child enrolling in day care.

**Directions:** The day care provider gives this form to the child's parent or guardian. The parent or guardian completes the form in its entirety and returns it to the day care provider before the child's first day of enrollment. The day care provider keeps the form on file at the childcare facility.

### GENERAL INFORMATION

Operation's Name: <b>MPISD Child Development Center</b>		Director's Name: <b>Jamie Cook</b>	
Child's Full Name:	Child's Date of Birth:	Child Lives With: <input type="checkbox"/> Both parents <input type="checkbox"/> Mom <input type="checkbox"/> Dad <input type="checkbox"/> Guardian	
Child's Home Address:			
Name of Parent or Guardian Completing Form:		Address of Parent or Guardian (if different from the child's):	
<b>List telephone numbers below where parents/guardian may be reached while child is in care.</b>			
Parent 1 Telephone No.	Parent 2 Telephone No.	Guardian's Telephone No.	Custody Documents on File: Yes                      No
<b>Give the name, address, and phone number of the responsible individual to call in case of an emergency if parents/guardian cannot be reached:</b>			Relationship:
I authorize the childcare operation <b>to release</b> my child to leave the child care operation <b>ONLY</b> with the following persons. Please list name and telephone number for each. Children <b>will only be released</b> to a parent or guardian or to a person designated by the parent/guardian after verification of ID.			
Name:	Name:	Name:	
Phone Number:	Phone Number:	Phone Number:	
Relationship:	Relationship:	Relationship:	

### CONSENT INFORMATION

<b>CHECK ALL THAT APPLY:</b>
<b>TRANSPORTATION</b> I <b>give</b> consent for my child to be transported and supervised by the operation's employees: <input type="checkbox"/> for emergency care <input type="checkbox"/> on field trips <input type="checkbox"/> to and from home <input type="checkbox"/> to and from school
<b>FIELD TRIPS</b> <input type="checkbox"/> I <b>give</b> consent for my child to participate in field trips. <input type="checkbox"/> I <b>do not</b> give consent for my child to participate in field trips.
<b>Comments:</b>
<b>WATER ACTIVITIES</b> I <b>give</b> consent for my child to participate in the following water activities: <input type="checkbox"/> water table play <input type="checkbox"/> sprinkler play <input type="checkbox"/> splashing/wading pools <input type="checkbox"/> swimming pools <input type="checkbox"/> aquatic playgrounds



## INFORMACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN

**Propósito:** Use esta forma para recopilar toda la información necesaria para inscribir a un niño en un centro de cuidado de niños.

**Instrucciones:** El proveedor de cuidado de niños entrega esta forma al padre o tutor del niño. El padre o tutor llena toda la forma y la entrega al proveedor de cuidado de niños antes del primer día en que el niño esté inscrito. El proveedor de cuidado de niños conserva la forma en los archivos del centro.

### INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la Entidad: <b>MPISD Centro de Desarrollo Infantil</b>		Nombre de la directora: <b>Jamie Cook</b>	
Nombre completo del niño:	Fecha de nacimiento del niño:	El niño vive con: <input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> La madre <input type="checkbox"/> El padre <input type="checkbox"/> El tutor	
Domicilio del niño:			
Nombre del padre o tutor que llena la forma:		Domicilio del padre o tutor (si es diferente al domicilio del niño):	
<b>Escriba a continuación los números de teléfono donde se pueden localizar a los padres o al tutor mientras el niño esté en el MPISD Centro de Desarrollo Infantil.</b>			
Teléfono del padre 1	Teléfono del padre 2	Teléfono del tutor	Hay documentos sobre la custodia en el expediente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Indique el nombre, el domicilio y el teléfono de la persona responsable a la que hay que llamar en caso de emergencia cuando no pueda localizarse a los padres o al tutor:</b>			Parentesco:
Autorizo al centro de cuidado de niños a <b>entregar</b> al niño <b>SOLO</b> a las siguientes personas. Indique el nombre y teléfono de cada una de ellas. Solo se entregará al niño al padre o tutor o a la persona designada por el padre o tutor, después de verificar su identidad.			
Nombre: Número de teléfono: Relación:	Nombre: Número de teléfono: Relación:	Nombre: Número de teléfono: Relación:	

### INFORMACION DE CONSENTIMIENTO

<b>MARQUE TODO LO QUE APLIQUE:</b>	
<b>TRANSPORTE</b>	
Yo <b>doy</b> mi consentimiento para que mi hijo sea transportado y supervisado por los empleados de la operación:	
<input type="checkbox"/> Para recibir atención médica de emergencia	<input type="checkbox"/> Para participar en excursiones escolares
<input type="checkbox"/> Para ida y vuelta a la casa	<input type="checkbox"/> Para ida y vuelta a la escuela
<b>EXCURSIONES</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Yo doy</b> mi consentimiento para que mi niño participe en excursiones.	
<input type="checkbox"/> <b>No doy</b> mi consentimiento para que mi niño participe en excursiones.	
<b>Comentarios:</b>	



**CONSENT INFORMATION**

**CIRCLE ALL THAT APPLY:**

**MEALS**

I understand that the following meals will be served to my child while in care:

Breakfast                      Lunch                      Afternoon snack

**DAYS AND TIMES IN CARE**

My child is normally in care on the following days and times:

<b>Day of the Week</b>	<b>AM</b>		<b>PM</b>	
Monday	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Tuesday	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Wednesday	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Thursday	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Friday	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm

**AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL ATTENTION**

In the event I cannot be reached to make arrangements for emergency medical care, I authorize the person in charge to take my child to:

Name of Emergency Care Facility: <b>Titus Regional Medical Center</b>	Address: <b>2001 N. Jefferson, Mt Pleasant, TX</b>	Phone Number: <b>903-577-6000</b>
Name of Physician:	Address:	Phone Number:

*I give consent for the facility to secure any and all necessary emergency medical care for my child.*

**Signature - Parent or Legal Guardian**

X

**CHILD'S ADDITIONAL INFORMATION SECTION**

List any special needs that your child may have, such as environmental allergies, food intolerances, existing illness, previous serious illness, injuries and hospitalizations during the past 12 months, any medication prescribed for long-term continuous use, and any other information which caregivers should be aware of:

**Does your child have diagnosed food allergies?** Yes No    Plan submitted on:

**SIGNATURES**

<b>Child's Parent or Legal Guardian:</b>  X	Date Signed:
<b>CDC Designee:</b>  X	Date Signed:

**INFORMACION DE CONSENTIMIENTO**

**MARQUE TODO LO QUE APLIQUE:**

**ACTIVIDADES EN EL AGUA**

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en actividades de agua:

Juegos de mesa acuáticos      Juegos con rociadores      Chapoteaderos      Albercas pequeñas para niños  
Parques acuáticos

**COMIDAS**

Entiendo que se servirán las siguientes comidas al niño cuando esté en el centro:

Desayuno      Almuerzo      Merienda por la tarde

**DÍAS Y HORARIOS DE PRESENCIA EN EL CENTRO**

Normalmente, el niño estará en el centro en los días y horarios que se indican a continuación:

<b>Día de la semana</b>	<b>A.M.</b>		<b>P.M.</b>	
Lunes	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Martes	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Miércoles	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Jueves	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Viernes	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm

**AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

En caso de que no pueda localizarme para decidir sobre la atención médica de emergencia, autorizo a la persona encargada a llevar al niño a:

Nombre del centro de atención de emergencia: <b>Titus Regional Medical Center</b>	Dirección: <b>2001 N. Jefferson, Mt Pleasant, TX</b>	Teléfono: <b>903-577-6000</b>
Nombre del doctor:	Dirección:	Teléfono:

Yo doy consentimiento para que esta entidad se asegure de que mi hijo reciba toda la atención médica de emergencia necesaria.

**Firma del padre o tutor legal**

**X**

**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL NIÑO**

Indique cualquier necesidad especial que tenga el niño, como alergias ambientales, intolerancia a los alimentos, enfermedades actuales, enfermedades graves anteriores, lesiones y hospitalizaciones en los últimos 12 meses, medicamentos recetados para su administración continua y a largo plazo, y cualquier otra información que deban conocer sus cuidadores:

¿Le han diagnosticado al niño alguna alergia a los alimentos?: Sí      No      Plan presentado el:

**FIRMAS**

<b>Firma del padre o tutor legal del niño:</b> <b>X</b>	Fecha en que firmó:
<b>Firma del empleado de CDC:</b> <b>X</b>	Fecha en que firmó:





# Distrito Escolar Independiente de Mount Pleasant

2230 North Edwards Mount Pleasant, Texas 75455 (903) 575-2000

## Cuestionario de Alojamiento Estudiantil

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero Local \_\_\_\_\_

Dirección de residencia actual: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono o Número de Contacto: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto: \_\_\_\_\_

*Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que el estudiante pueda recibir bajo la Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435.*

1. ¿Es temporal la dirección o lugar de residencia del estudiante, que no sea rentada? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
2. ¿Su domicilio temporal se debe a la pérdida de su casa o dificultades económicas? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
3. ¿Cómo estudiante, estás viviendo con otra persona que no es tu padre o guardián legal? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si contestó "SI" a **CUALQUIERA** de las preguntas anteriores, complete el resto del formulario.

Si contestó **TODAS** las preguntas anteriores con "NO", puede detenerse aquí.

¿Dónde está viviendo el estudiante en estos momentos? (Marque la caja correspondiente)

El estudiante vive temporalmente compartiendo (con más de una familia una casa o apartamento) en cualquier momento durante el año escolar. (2)

El estudiante vive en un lugar que no está diseñado como vivienda (como un carro, el parque o área de campamento) en cualquier momento durante el año escolar actual. (3)

Nombre del "AREA GENERAL" de residencia actual: \_\_\_\_\_

El estudiante vive en un motel en cualquier momento durante el año escolar actual. (4)

Nombre del motel / albergue de residencia actual: \_\_\_\_\_

El estudiante vive en un refugio, hospedaje temporal (a través de agencia comunitaria) en cualquier momento durante el año escolar actual. (5)

Nombre del Padre(s)/Guardián(es) legal(s): \_\_\_\_\_  
(o joven sin compañía)

Firma del Padre(s)/Guardián(es) legal(s): \_\_\_\_\_  
(o joven sin compañía)

**Personal Escolar de Verificación:** Envíe el cuestionario al Personal de Soporte a Personas sin Hogar; MPISD Edificio de Administración; 2230 North Edwards, Mount Pleasant, TX 75455

(Anoté sus iniciales)

\_\_\_\_\_ Me aseguré de que todos los elementos estén completos, un teléfono de contacto aparece en la lista y que el padre haya firmado el formulario. (Podría ser posiblemente una firma del estudiante en el caso de los jóvenes refugiados.)

\_\_\_\_\_ Me aseguré de que solo una casilla esté marcada que identifica donde el estudiante está viviendo.

\_\_\_\_\_ Verifiqué la información de la solicitud y la matrícula del estudiante a través de una llamada telefónica directa.

\_\_\_\_\_ Documenté la fecha: \_\_\_\_\_ hora: \_\_\_\_\_, y persona contactada \_\_\_\_\_ de la llamada telefónica.

Comentarios: \_\_\_\_\_

Firma de la persona recibiendo y verificando los cuestionarios: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Certifico que el estudiante nombrado califica para el Programa de Nutrición de Niños bajo las provisiones del Acta McKinney-Vento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario de Educación para Personas sin Hogar

\_\_\_\_\_  
Fecha

**MPISD Child Development Center  
Parent's Response Regarding Release of Student Information  
Directory Information**

The district is providing you this form so you can communicate your wishes about these issues. The MPISD Child Development Center has designated the following information as directory information:

- Student's name
- Address
- Telephone listing
- Photograph
- Date and place of birth
- Dates of attendance
- Most recent school previously attended
- Weight and height
- Enrollment status

Directory information identified only for limited school-sponsored purposes remains otherwise confidential and will not be released to the public without the consent of the parent or eligible student.

**Parent: Please provide the following information and check one of the choices below:**

I, parent of \_\_\_\_\_,  
*(Student's name)*

- (give)** the district permission to use the information in the above list for the specified school-sponsored purposes, for the duration of my child's enrollment in the Child Development Center.
- (do not give)** the district permission to use the information in the above list for the specified school-sponsored purposes, for the duration of my child's enrollment in the Child Development Center.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**MPISD Centro de Desarrollo Infantil**  
**Noticia con Referencia a la Información del Directorio y Contestación**  
**de los Padres con Referencia a la Entrega de la Información del**  
**Estudiante**

El distrito ha establecido esta forma para que usted se comunique e indique sus deseos acerca de estos asuntos. El Centro de Desarrollo Infantil de MPISD ha designado la siguiente información como Información del directorio:

- Nombre del estudiante
- Domicilio
- Teléfono
- Fotografías
- Fecha y lugar de nacimiento
- Fechas de asistencia
- La escuela donde asistió recientemente
- Peso y estatura
- Estado de inscripción

La información identificada es solamente para propósitos escolares limitados se mantendrá confidencial y no será entregada al público sin el consentimiento del padre o del estudiante elegible.

**Padre o Tutor: Favor de proveer la siguiente información y marcar una de las dos opciones de enseguida:**

Yo, el padre de \_\_\_\_\_,

(Nombre del estudiante)

- (doy)** permiso al distrito que use información de la lista arriba para propósitos específicos patrocinados por la escuela, durante el tiempo que mi niño permanezca matriculado en el Centro de Desarrollo Infantil.
- (no doy)** permiso al distrito que use información de la lista arriba para propósitos específicos patrocinados por la escuela, durante el tiempo que mi niño permanezca matriculado en el Centro de Desarrollo Infantil.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**PARENT/GUARDIAN PERMISSION FORM  
FOR PUBLISHING STUDENT PHOTOS, VIDEO, INTERVIEWS  
AND STUDENT WORK IN THE MEDIA  
2021-2022**

Mount Pleasant ISD is proud to feature our students in the media. With your permission, we would like to publish your child's name and photograph and/or student work in the media as well as allow your child to give interviews to various media outlets and appear in the yearbook.

Please note that media includes the following:

- Television stations
- Radio stations
- Community & campus newspapers
- Community & campus newsletters
- Promotional publications
- Web sites & Social Media Sites

I understand that the purpose for sharing this information is to inform the community about activities in MPISD. I understand that my child's photos, student work or interviews could appear in the media. I understand that my child will be identified by first and last name.

\_\_\_\_\_ I (*give*) my permission for my child's name, photograph, interview, and/or student work to be published in the media.

\_\_\_\_\_ I (*do not give*) my permission for my child's name, photograph, interview, and/or student work to be published in the media.

Signature of Parent or Guardian: \_\_\_\_\_

(Please print the information below)

Child's Name: \_\_\_\_\_

School: Child Development Center

Date: \_\_\_\_\_



# PERMISO DE PADRES O TUTORES PARA PUBLICACIÓN DE FOTOS, VIDEOS, ENTREVISTAS Y PROYECTOS DE ESTUDIANTES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

2021-2022

Es un orgullo para el Distrito Escolar de Mount Pleasant destacar a sus estudiantes en los medios de comunicación. Con su permiso, nos gustaría publicar el nombre, la fotografía y los proyectos de su hijo o hija en los medios de comunicación cuando sea apropiado. Incluso, nos gustaría que permitiera a su hijo o hija dar entrevistas a los varios medios de comunicación y ser incluido en el anuario estudiantil.

Por favor tome nota que los medios de comunicación incluyen:

- Estación de televisión
- Emisora de radio
- Periódicos de la comunidad y de la escuela
- Boletín de noticias de la comunidad y de la escuela
- Publicaciones promocionales
- Sitios de red y redes sociales

Entiendo que el propósito de compartir esta información es de proveer información a la comunidad sobre las actividades del Distrito de Mount Pleasant. Entiendo que la foto, el proyecto o la entrevista de mi hijo o hija pueden ser publicados. Entiendo que mi hijo o hija puede ser identificado por su primer nombre y apellido.

\_\_\_\_\_ *(Doy)* mi permiso para que el nombre, la fotografía, la entrevista o el proyecto de mi hijo o hija se publiquen en los medios de comunicación.

\_\_\_\_\_ *(No doy)* mi permiso para que el nombre, la fotografía, la entrevista o el proyecto de mi hijo o hija se publiquen en los medios de comunicación.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_

(Favor de escribir abajo en letra de molde.)

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Escuela: Centro de Desarrollo Infantil Fecha: \_\_\_\_\_



**Child Development Center  
Transportation Permission**

**Child's Name** \_\_\_\_\_

During the school year, classes will plan educational field trips throughout the community, which are related to the classroom curriculum. Field trips are a valuable experience that increases vocabulary and overall cognitive development.

All trips will be taken in Durham Transportation Services buses, which meet Texas Education Agency standards for student transportation. These trips will be well planned and all precautions will be taken to prevent any accidents.

I understand neither the school, nor MPISD, can assume responsibility for any accident involving my child while on the excursion. I understand that Mt. Pleasant ISD and its employees may not be held responsible for accidents.

I give my permission for my child to travel via school provided transportation in conjunction with Durham Transportation Services to any school related activity organized by the MPISD Child Development Center while my child is enrolled.

I further give permission for any school official to seek medical attention for my child should such be deemed necessary, and I will inform school nurse of any needed medications on trips.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Centro de Desarrollo Infantil  
Permiso de Transporte**

**Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_

Durante el año escolar las clases hacen planes para unas excursiones educacionales que están relacionados a los temas de estudio por toda la comunidad ó ciudad. Las excursiones son experiencias valerosas para aumentar el vocabulario y el desarrollo cognitivo.

Todos los viajes se harán en autobuses de los “Servicios de Transporte Durham” vehículos del distrito escolar que satisfacen los requisitos del la Agencia Educacional de Texas para la transportación de estudiantes. Estas excursiones estarán bien planeados y todas las precauciones necesarias se harán para prevenir algún accidente.

Yo entiendo que ni la escuela de *Head Start* ni el Distrito Escolar Independiente de Mt. Pleasant no puede asumir la responsabilidad por cualquier accidente que incluya mi niño mientras participe en un viaje escolar. Yo doy permiso para que el niño mencionado(a) arriba participe en los viajes escolares durante el año escolar.

Doy permiso que mi hijo viaje en el transporte proveido por la escuela en conjunto con los Servicios de Transporte Durham” a toda las actividades escolares y organizadas por el Centro de Desarrollo Infantil del Distrito Escolar Independiente de Mt. Pleasant, mientras mi niño está matriculado.

También doy permiso que cualquier empleado de MPISD busque atención médica para mi hijo/a si es necesario en caso de emergencia e informaremos a la enfermera de medicamentos necesario.

\_\_\_\_\_  
(Firma de los padres ó apoderado)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

# Bus /Transportation Information Durham Transportation Services (Head Start & PK ONLY)

Child's Name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_

Physical Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Cell phone: \_\_\_\_\_ Home phone: \_\_\_\_\_

How will your child  
get to school?

How will your child  
get home?

*Pick Up address:*

*Drop Off address:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Driving directions for bus to **pick** me up  
(Please be very specific):

Driving directions for bus to **drop** me off  
(Please be very specific):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Any person that will receive the child off the bus **MUST** be listed on your child's *Release To List* at the Child Development Center. Authorized *Release To* persons must show a photo ID in order to receive the child off the bus. Any person not on this list will not be able to accept the child. Please complete this information IN PERSON at the Child Development Center front desk. Changes may not be made over the phone.

**For your child's safety, students are encouraged to board bus with a bus tag. If the child does not have the bus tag, a temporary tag will be made by the bus monitor.**

I have read the School Bus Rules and agree to the terms and conditions for receiving transportation services through Durham School Transportation Services.

**Parent/Guardian Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

For office use:  
 Pick Up Bus # \_\_\_\_\_ Drop Off Bus # \_\_\_\_\_  
 ETA : \_\_\_\_\_ ETA: \_\_\_\_\_  
 Entered by: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

# Información de Transporte del autobús Servicios de Transporte Durham (Head Start y PK solamente)

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

¿Cómo llegará el estudiante  
a la escuela?

¿Cómo llegará el  
estudiante a la casa?

*Domicilio de recoger:*

*Domicilio de llevar:*

Instrucciones para que el autobús **recoja**  
al estudiante (Por favor especifique):

Instrucciones para que el autobús **lleve**  
al estudiante (Por favor especifique):

Todas las personas que recibirán al niño del autobús **DEBEN** estar en la *Lista de Personas para Recoger a su hijo* en el Centro de Desarrollo Infantil. *Autorizado para liberar* a las personas debe de mostrar una identificación con foto para poder recibir al niño del autobús. Cualquier persona que no en esté en esta lista no podrá bajar al niño del autobús. Favor de llenar una forma con esta información **EN PERSONA** en la recepción del Centro de Desarrollo Infantil. Los cambios no se pueden hacer por teléfono.

**Para la seguridad de su niño, los estudiantes son animados a abordar el autobús con una etiqueta para el autobús. Si el niño no tiene la identificación del autobús, una identificación temporal se hará por el monitor del autobús.**

He leído las reglas del autobús escolar y estoy de acuerdo con los requisitos y condiciones para recibir servicios de transporte por medio de los "Servicios de Transporte Durham".

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

For office use:  
Pick Up Bus # \_\_\_\_\_ Drop Off Bus # \_\_\_\_\_  
ETA : \_\_\_\_\_ ETA: \_\_\_\_\_  
Entered by: \_\_\_\_\_ date: \_\_\_\_\_

## ATTENDANCE POLICY & PROCEDURE

Child's Name: \_\_\_\_\_

Parents are to notify the center in advance, or call the reception desk to report the reason their child is absent **each day** they are not able to attend school. Parents may call the Child Development Center (CDC) between **6:30 and 8:00am**. Children who visit the doctor or dentist should present a doctor/dentist excuse form to the front desk when they return.

- Family Services Staff will attempt to make phone contact with each parent/guardian whose child is absent *without notification*, within one hour of the program start time.
- In the case that phone contact is not successful, on the second consecutive day of absence, Family Services Staff will attempt to make direct contact to ensure the child's well-being and determine if family assistance is needed.
- Family Service Staff will continue efforts to contact and engage families when absences are consecutive. If, after seven consecutive days of absences, parent/guardian is not able to be reached *and* does not attempt to communicate with the center, the CDC will consider the slot vacant.
- All contact with the child's family regarding attendance will be documented in the Child Plus software system.
- Family Service Staff will monitor individual attendance reports within the first 60 days of program operation and on an ongoing basis thereafter.
- Family Service Staff will communicate with families who have frequent absenteeism to educate families on the benefits of regular attendance and/or offer resources to support regular school attendance.
- The parent/guardian of a child who has patterns of absences that put them at risk of missing ten percent of the program days (*without justification*) per year, will collaborate with Management Staff to discuss strategies to improve attendance.

\_\_\_\_\_  
*Parent Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## POLIZA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ASISTENCIA

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Los padres deben llamar a la Recepción para informar el motivo de la ausencia de su hijo antes de las 8:00 am **cada día** que el niño no asista al Centro de Desarrollo Infantil (CDC). Los padres pueden llamar al Centro de Desarrollo Infantil dentro de las **6:30 a.m. y 8:30 a.m.** Los niños que visitaron al médico o al dentista deben presentar una forma de excusa del médico/dentista a la recepción.

- El Personal de Servicios Familiares intentara comunicarse por teléfono con cada padre/tutor cuyo hijo esté ausente, *sin notificación* a la recepción, dentro de la primera hora del tiempo de inicio de clases del programa.
- El Personal de Servicios Familiares hará una visita al hogar o hará otro contacto directo al segundo día consecutivo de ausencia para garantizar el bienestar del niño y determinar si la familia necesita asistencia.
- En el séptimo día consecutivo de faltas después de que se han hecho esfuerzos para volver a involucrar a la familia y restablecer la asistencia, el personal de Servicios Familiares automáticamente iniciará el procedimiento para dar de baja al niño. Si la asistencia no se restablece, el CDC considerará el lugar como vacante o disponible.
- Todo contacto con la familia del niño, así como los servicios de apoyo serán documentados en el sistema de Child Plus.
- Los informes de asistencia individual serán monitoreados dentro de los primeros 60 días de operación del programa y de manera continua a partir de entonces.
- El personal de Servicios Familiares se comunicará con las familias que tienen ausencias frecuentes para educar a las familias de los beneficios de la asistencia regular y/o ofrecer recursos para apoyar la asistencia regular a la escuela.
- El padre / tutor de un niño que tiene ausencias frecuentes y que ponen a riesgo perder el diez por ciento de los días del programa (*sin justificación*) por año escolar, se reunirá con el personal administrativo para identificar estrategias para mejorar la asistencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Parental Health Consent Form

While my child \_\_\_\_\_, date of birth \_\_\_\_\_, is enrolled in the Child Development Center, I agree that:

My Child shall receive all necessary Health Screenings/Monitoring required by the Performance Standards and EPSDT Guidelines as scheduled. I understand that these screenings shall include, but are not limited to: developmental, height/weight, blood pressure, vision/ hearing, nutrition, physical and/or dental exams by qualified individuals. <b>Children need to be up-to-date on their immunizations to attend the program.</b>	
Parent/ Guardian Signature	Date

I consent to release any and all medical and/or developmental information to any (Program/ Agency/ Person) that will help benefit the progress of my child's educational, developmental or health needs.	
Parent/ Guardian Signature	Date

I understand that my child (with teeth) shall brush daily with fluoride toothpaste and infant's gums shall be wiped with gauze at the CDC Center under the direction and supervision of a trained staff member. Also, any grooming deemed necessary.	
Parent/ Guardian Signature	Date

I give permission to the CDC personnel to transport my child, in case of an emergency, to the local hospital or doctor's office. I will not hold MPISD/ CDC or its employees responsible for accidents or injuries suffered while being transported by school, private or public transportation. <b>I understand and agree that MPISD and/or CDC will not be held responsible for injuries, illness or treatment payments.</b>	
Parent/ Guardian Signature	Date

I give permission for my child to receive CPR/First Aid.	
Parent/ Guardian Signature	Date

## Formulario de Consentimiento de salud de los padres

Mientras que mi niño \_\_\_\_\_, fecha de nacimiento \_\_\_\_\_, este en el Centro de Desarrollo Infantil yo estoy de acuerdo que:

Mi niño reciba todas las evaluaciones de salud necesarias y que sean vigiladas como es requerido por las normas de los Estándares del Desempeño y la lista de normas para los niños (EPSDT). Yo entiendo que estas evaluaciones incluirán, pero serán limitadas a; el desarrollo, altura, peso, presión de sangre, visión/audición, nutrición, examen físico y/o dental por individuos calificados. <b>Los niños deben tener sus vacunas al corriente o actualizadas para asistir al programa.</b>	
Firma de Padre/Tutor	Fecha

Yo doy mi consentimiento para que la información médica y/o de desarrollo de mi niño sea compartida con el (programa/agencia/persona) que beneficiará el progreso de las necesidades de salud, educativas y desarrollo de mi niño.	
Firma de Padre/Tutor	Fecha

Yo entiendo que mi niño (si tiene dientes) se cepillará los dientes diariamente con pasta dental que contiene fluoruro y las encías de los infantes se les limpiarán con una gasa en el Centro de Desarrollo Infantil bajo la dirección y supervisión de un empleado entrenado. Además se le arreglará el pelo como sea necesario.	
Firma de Padre/Tutor	Fecha

Yo doy mi permiso al Centro de Desarrollo Infantil de transportar a mi niño en caso de una emergencia al hospital o a la oficina de un doctor local. Yo no haré al Centro de Desarrollo Infantil del Distrito Escolar Independiente (MPISD-CDC) ni a sus empleados responsables de accidentes ni heridas que sufran mientras es transportado por medio del transporte escolar, privado o público. <b>Yo entiendo que MPISD y/o CDC no asumirán la responsabilidad por cualquier accidente, enfermedad o pagos por tratamiento.</b>	
Firma de Padre/Tutor	Fecha

Yo doy mi permiso para que niño reciba Resucitación Cardiopulmonar (CPR/ Primeros Auxilios)	
Firma de Padre/Tutor	Fecha