



FORMA DE CONSENTIMIENTO FAMILIAR PARA SERVICIOS



INFORMACIÓN DE PADRE/TUTOR

Nombre del Padre/Tutor Legal Parent:			
Número del Teléfono:		Correo electrónico:	
Elegibilidad:	☐ Lonche gratis/reducido ☐ SNAP/WIC ☐ McKinney-Vento ☐ Otro En caso de ser otro, por favor especifique:		

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre del estudiante:		Escuela:	
ID de estudiante #:		Grado:	

ESTUDIANTES ASOCIADOS:

Nombre del estudiante:	Campus:	Grado:

ACUERDOS (por favor coloque sus iniciales)

	Entiendo que al firmar a continuación doy mi consentimiento para recibir servicios de apoyo del especialista de apoyo a los padres. También entiendo que todos los servicios son confidenciales según lo permitido por la política escolar y la ley estatal.
	Entiendo que todos los servicios que me ofrece el especialista de apoyo a los padres son voluntarios y puedo retirarme en cualquier momento.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL:

FECHA:

--	--

FIRMA DEL ESPECIALISTA DE APOYO A LOS PADRES:

FECHA:

Linda C. Perez	Agosto 2025
----------------	-------------

****Esta forma es válida únicamente para el año escolar 2025-26 y se requerirá ser renovada.**

Nombre de PS (print): _____

Año Escolar: **2025-2026**