

**Parent Permission
To Release Child from the Head Start Classroom to an
Authorized Agency**

Please Print

I _____, give permission for my child, _____, that is
concurrently attending _____ to be signed out of the _____
(School or Program Name) (Head Start Center/Classroom)

for the purpose of being transported by bus between programs in accordance with my child's Individualized Education Plan, or walked to a separate location for the purpose of receiving special education services.

I understand that an authorized staff member of the above named agency will sign my child out of the
_____ Head Start Center/Classroom.

(Choose one)

He/She will: ☐ walk accompanied by the authorized staff. ☐ Be transported by school bus to the Special Education program designated in the Individualized Education Plan.

Head Start staff will verify the authority of the agency staff to sign out my child by photo identification and agency affiliation through communication with the agency supervisor to confirm employment status.

I will hold the Head Start staff and agency, harmless for any liability toward my child during the time they are not formally signed in and present at the Head Start Program.

Name of Agency Supervisor

Agency Supervisor Phone Number

Parent Signature

Date

Head Start Representative Signature

**PERMISO DE LOS PADRES
Para Anular los niños del aula de Head Start a un
Agencia Autorizada**

Yo _____, doy permiso para que mi
(Nombre del padre o Guardián)

niño(s) _____, asista simultáneamente

el/la _____ para ser firmado por _____
(Nombre de la Escuela o Programa) (Nombre del Centro)

Con el propósito de ser transportado en autobús entre los programas de conformidad con el Plan de Educación Individualizado de mi hijo, o caminar a un lugar separado para el propósito de recibir servicios de educación especial.

Entiendo que un miembro del personal autorizado de la agencia mencionada arriba firmara mi hijo fuera del

(Nombre del centro)

El/Ella ☐ tendrá que caminar acompañado por el personal autorizado. ☐ Será transportado en autobús escolar al Programa de Educación Especial designada en el Plan de Educación Individualizada.

El personal de Head Start verificará la autoridad del personal de la agencia para salir a mi hijo por la identificación con fotografía y una agencia de afiliación a través de la comunicación con el supervisor de la agencia para confirmar la situación de empleo.

Yo declaro que el personal de Head Start y la agencia, no es responsable por ningún daño o prejuicio que pueda ocurrirle a mi niño(s) durante el tiempo que no esté formalmente firmado y presente en un centro de Stanislaus County Office of Education.

Nombre del Supervisor Agencia

Número de teléfono Supervisor Agencia

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Representante de la Agencia/Posición