

SERVICIOS PARA NIÑOS/FAMILIAS AVISO DE EXCLUSIÓN

Fecha: _____

Nombre del Niño (a): _____

Opciones de Servicios: ___ Centro ___ Hogar ___ Proveedora (FCCH)

Lugar: _____

Maestra/Proveedora: _____

Estimado Padre o Guardián,

Las Regulaciones Federales y del Estado requieren que los niños inscritos en el programa de Head Start tengan:

- A. Todas las vacunas al corriente antes de ser inscritos.
- B. Un examen físico dentro de 30 días de haber sido inscrito, incluyendo una prueba de tuberculosis válida.

Nuestros expedientes indican que su niño(a) necesita:

- Examen Físico HGB/HCT DTP HIB TB
- Hepatitis B MMR Polio Hepatitis A Varicela
- Nivel de Plomo

Por lo tanto, a partir de _____ su niño(a) será excluido del programa hasta que presente evidencia por escrito que a obtenido lo requerido. Al presentar la documentación su hijo(a) sera readmitido al programa de Head Start.

Por favor comuníquese con su doctor para una cita o con la enfermera de Head Start si necesita asistencia.

Enfermera/Personal de Salud

Teléfono

Firma del Padre: _____ Date: _____