

East Franklin Elementary

1955 Richmond Road
Columbus, Ohio 43223
Phone: (614) 801-8100
Fax: (614) 274-1267

ADM 211 Care Team Consent Form

School: _____ Date: _____

Student's Name: _____ Grade: _____

Staff Member Name (s): _____

I, _____, parent/guardian of _____

give my permission for my student to participate in one-on-one/small-group activities focused on building self-regulation and support skills during the school day. I understand that the activities will take place in my child's school during the school day.

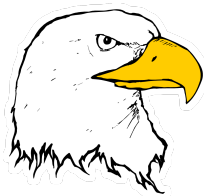
Additional Comments:

Parents have the fundamental right to make decisions regarding the upbringing and control of their children. The school district shall not in any manner inhibit your access to your child's education and health records maintained by the school.

If you have questions or wish to opt your child out of these supports, please call _____ and ask to speak to _____.

Parent/Guardian Signature

Date



East Franklin Elementary

1955 Richmond Road
Columbus, Ohio 43223
Phone: (614) 801-8100
Fax: (614) 274-1267

Форма згоди групи догляду ADM 211

Школа: _____

Дата: _____

Ім'я студента: _____

Кваліфікація: _____

Ім'я (імена) співробітника: _____

Я, _____, один з батьків/опікунів _____

Я дозволяю своїй дитині брати участь в індивідуальних заходах або заходах у малих групах, спрямованих на розвиток навичок саморегуляції та підтримки протягом шкільного дня. Я розумію, що ці заходи відбуватимуться в школі моєї дитини протягом навчального дня.

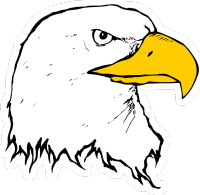
Додаткові коментарі:

Батьки мають фундаментальне право приймати рішення щодо виховання та контролю над своїми дітьми. діти Шкільний округ жодним чином не перешкоджатиме вашому доступу до документів про освіту та здоров'я вашої дитини, які веде школа.

Якщо у вас є запитання або ви бажаєте відмовитися від такої підтримки вашої дитини, зателефонуйте за номером _____ і попросіть поговорити з _____.

Підпис батьків/опікунів _____

Дата _____



East Franklin Elementary

1955 Richmond Road
Columbus, Ohio 43223
Phone: (614) 801-8100
Fax: (614) 274-1267

Foomka Oggolaanshaha Kooxda Daryeelka ADM 211

Dugsiga: _____

Taariikhda: _____

Magaca ardayga: _____

U qalmida: _____

Magaca Xubinta Shaqaalaha: _____

Aniga, _____, waalidka/masuulka _____

Waxaan u fasaxay ilmahayga inuu ka qaybqaato hawlo shaqsi ama koox yar oo diiradda saaraya horumarinta xirfadaha is-xakamaynta iyo taageerada inta lagu jiro maalinta dugsiga. Waxaan fahamsanahay in hawlahani ay ka dhici doonaan dugsiga ilmahayga inta lagu jiro maalinta dugsiga.

Faallo dheeri ah:

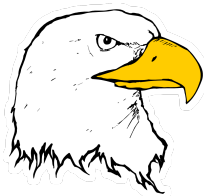
Waalidiintu waxay xaq u leeyihiin inay go'aan ka gaadhaan korriinka iyo xakamaynta carruurtooda.

Carruurta. Degmadu sinaba kama horjoogsan doonto gelitaankaaga xogta waxbarashada iyo caafimaadka ilmahaaga ee uu dugsigu hayo.

Haddii aad hayso su'aalo ama aad jeclaan lahayd inaad ilmahaaga ka doorato taageeradan, fadlan wac _____ oo weydii inaad la hadasho _____.

Saxeexa Waalidka/Masuulka

Taariikhda



East Franklin Elementary

1955 Richmond Road
Columbus, Ohio 43223
Phone: (614) 801-8100
Fax: (614) 274-1267

Formulario de consentimiento del equipo de atención ADM 211

Escuela: _____ Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Nombre(s) del miembro del personal: _____

Yo, _____, padre/tutor de _____

Autorizo a mi hijo/a a participar en actividades individuales o en grupos pequeños, enfocadas en el desarrollo de habilidades de autorregulación y apoyo, durante la jornada escolar. Entiendo que estas actividades se realizarán en la escuela de mi hijo/a durante la jornada escolar.

Comentarios adicionales:

Los padres tienen el derecho fundamental a tomar decisiones sobre la crianza y el control de sus hijos. El distrito escolar no da su consentimiento para que otras entidades obtengan acceso a los registros educativos y de salud de su hijo.

Si tiene preguntas o desea que su hijo no participe, llame al _____ y solicite hablar con _____.

Firma del padre/tutor

Fecha