



Prime Time for Kids Acuerdo de Padres

2024-2025 Año escolar

70 Phillips Hill Road
New City, NY 10956
P: 845-639-2425
F: 845-639-2433

John M. Smith
President
Jane Zemon
Chief Executive Officer
Melissa Tirro McDonald
Director

- ❖ **CORREO ELECTRÓNICO** – A mi hijo se le dará una cuenta de correo electrónico que será utilizada por la escuela administración, profesores y terapeutas para comunicarse conmigo. Acepto revisar la cuenta de correo electrónico de mi hijo con regularidad para recibir comunicaciones de PTFK.
- ❖ **FOTOGRAFÍAS**
 - Las fotografías **SERÁN** utilizadas para: proyectos navideños, identificación propia y de otros, el aula de Google de mi hijo, el correo electrónico de mi hijo, tableros de anuncios en el aula.
 - Las fotografías **NO se utilizarán** en cuentas privadas de redes sociales, foros públicos en línea o publicaciones de agencias sin mi consentimiento por escrito y mi firma en un formulario de autorización de fotografía.
- ❖ **MEDICA** – Mi hijo tendrá un examen físico cada año. El Médico completará la Declaración médica de la OCFS y el informe de vacunación en este paquete. Mi hijo debe estar completamente vacunado para asistir a la escuela.
- ❖ **MEDICAID** – PTFK proporcionará al Departamento de Salud información sobre los servicios incluidos en el IEP de mi hijo con el fin de reclamar el reembolso de Medicaid para todos los niños elegibles para Medicaid.
- ❖ **POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA** – He leído la Política de atención médica de PTFK publicada en el sitio web. Si mi hijo muestra algún síntoma de enfermedad según las Pautas de enfermedad en este paquete, soy responsable de recoger a mi hijo o de asignar a uno de mis contactos de emergencia para que lo recoja de inmediato. Informaré a PTFK si a mi hijo se le diagnostica una enfermedad transmisible.
- ❖ **ALERTAS DE TEXTO** – El "TELÉFONO DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A)" que figura en el formulario registro de cuidado de mi hijo en este paquete se utilizará para el sistema de alerta de texto. Las alertas de texto se utilizan para cierres de emergencia y otra información urgente.
- ❖ **REVISIÓN ANUAL** – Los informes de revisión anual se enviarán al correo electrónico de mi hijo al menos una semana antes de la reunión de revisión anual. El Departamento de Salud y el distrito escolar también tendrán acceso a los informes de revisión anuales.

Yo, _____ (padre/guardián) de _____ (nombre del niño) comprende y cumplirá las declaraciones enumeradas en este Acuerdo de Padres.

Firma de padre/guardián

Fecha