

El Programa Escuche a Los Niños -- LISTEN TO CHILDREN PROGRAM

Los Padres/Tutores de: _____

Su niño(a) ha sido seleccionado a participar en El Programa Escuche a Los Niños. El programa unira a su niño(a) con un adulto voluntario muy bien entrenado. La persona que escuchara a su hijo(a),desarrollara una amistad con él y se reunira una vez a la semana por 30 minutos. El objetivo de este programa es implementar mayor confidencia en su hijo(a) y acrecentar la habilidad para ser un mejor estudiante en clase al mismo tiempo que se estimula el buen comportamiento del niño Si desea mas información acerca de este programa, por favor lea el folleto, Información Para Los Padres/Guardianes Sobre el Programa Escuche a los Niños. Creemos que su hijo(a) se beneficiara al recibir más atención de un adulto voluntario que le ofrece una amistad incondicional. Y que esta entrenado para desarrollar esta labor apropiadamente. El programa es coordinado por la Asociación de Salud Mental Del Condado Broward en sociedad con las Escuelas del Condado Broward desde 1979.

Si usted esta de acuerdo en que sus niño(a) participe en este programa, por favor complete, firme y devuelva la hoja de permiso del padre/guardian que aparece abajo. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a este programa por favor comuniquese conmigo y con gusto le aclarere cualquier duda. Gracias por darnos la oportunidad de poder mejorar la confianza de su hijo. Debido a que el numero de personas entrenadas para desarrollar este programa es limitado, talvez no haya uno disponible de inmediato Con gusto le asignaremos uno a su niño(a) lo antes possible.

FECHA

FIRMA DEL COUNSELOR

Por favor retorne mañana esta hoja.

Permiso de Padre/Tutor para El Programa Escuche a Los Niños

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Información Demografica: Blanco___ Negro___ Hispanico___ Oriental___ Bi-Racial___

Sexo: Hombre: ___ Mujer:___

Yo _____ (Padre /Tutor) encargardo doy mi permiso para que mi niño participen en el Programa Escuche a Los Niños. Entiendo que un 'Listener" voluntario se encontrara con mi niño cada semana por 30 minutos. La información que mi niño(a) comparta con el 'Listener' es confidencial. Este permiso puede ser retirado en cualquier momento si yo lo solicito o si mi hijo(a) lo desea.

Firma

Marke uno: Padre Encargado

Fecha: _____