

CONSENTIMENTO DE PAIS/GUARDIÕES PARA OUÇA AS CRIANÇAS

Prezado Pai ou Guardião de _____,

Estamos satisfeitos em informá-lo que seu filho/a foi selecionado/a para participar em um programa de acompanhamento chamado Ouça as Crianças. Este programa aloca seu filho/a a um adulto atencioso que dedicará 30 minutos por semana, nos recintos escolares, para desenvolver auto-estima, promover uma atitude positiva na escola, encorajar escolhas positivas na escola, incrementar habilidades sociais, e conversar sobre outros assuntos que possam estar afetando o sucesso de seu filho. Este mentor Ouvinte completou o treinamento e o procedimento de segurança exigidos. Cremos que seu filho/a se beneficiará da atenção dada por este modelo positivo que é treinado em habilidades efetivas para ouvir melhor as crianças. Para maiores informações, por favor, leia a folha de informação intitulada *Ouçã as Crianças para Pais/Guardiões*. Este programa de acompanhamento é patrocinado pela Mental Health Association of Southeast Florida em parceria com as escolas de Broward County desde 1979.

Sua aprovação, suporte e entusiasmo reforçará grandemente o sucesso de seu filho/a neste programa. Os Ouvintes são muito requisitados, portanto, por favor, assinem e **retornem a permissão anexa imediatamente**. Se houver alguma dúvida ou pergunta sobre este programa, por favor, entre em contato comigo. Obrigada por nos dar a oportunidade de intensificar a auto-confiança em seu filho/a.

Uma vez que há um número limitado de Ouvintes, e possível que não haja um Ouvinte imediatamente disponível. Novos Ouvintes são treinados todos os meses. Tentaremos designar um para seu filho/a o mais rápido possível.

DATE

ASSINATURA DA CONSELHEIRA ESCOLAR

POR FAVOR, COMPLETE E RETORNE O FORMULÁRIO IMEDIATAMENTE.

Desde que outras crianças foram também selecionadas, não permita que seu filho/a perca essa oportunidade. Aprese-se!

PERMISSÃO DE PAIS/GUARDIÕES PARA O OUÇA AS CRIANÇAS (Por favor, escreva em letra de forma abaixo.)

Nome da Criança: _____ Data de Nascimento: _____

Nome da Escola: _____ Série: _____ Professora: _____

Informação demográfica: Negro/Americano-Africano __ Caribenho __ Branco __
Latino Hispânico/Origem Espanhola __ Americano-Asiático ou Nativo do Pacífico __ bi-racial __

Sexo: Masculino __ Feminino __

Eu, _____ (Pai/Guardião) dou permissão para que meu filho/a participe no Programa Ouça as Crianças. Eu entendo que um voluntário Ouvinte treinado encontrará meu filho/a todas as semanas por 30 minutos. As informações que meu filho/a compartilhar com o Ouvinte permanecerão confidenciais. Esta permissão poderá ser retirada a qualquer momento através de minha notificação ou solicitação de meu filho/a.

Cheque um: __Pai/Mãe __ Guardiã

Assinatura: _____ Date: _____

School Counselor: What Listener will be assigned to this child? _____

Scan and send e-mail completed form to Helen@mhasefl.org. Fax to MHA at (954) 746-6373 Pony to Banyan Elementary: LTC (Please make copies for your records.)