

Doña Ana County Head Start/ Early Head Start

(Short Term) Temporary Exclusion Agreement

I, _____ understand that _____

(Parent/Guardian)

(Child)

has been temporarily excluded from the Dona Ana County Head Start/ Early Head Start Program (DACHS) for the following reasons:

I understand and agree that my child may not return to the classroom until the following conditions are met:

Plan of Action:

A meeting will be scheduled by Head Start/ Early Head Start staff once the above conditions have been met to determine when/if _____ (child) may return to Head Start/ Early Head Start classroom.

Parent/Guardian Signature

Date

Head Start/ Early Head Start Staff Signature

Date

Doña Ana County Head Start/ Early Head Start

(Término corto) Concordancia de Exclusión Temporal

Yo, _____ entiendo que _____
(Padre/Guardián) (Niño/a)

ha sido excluido del Programa de Head Start/ Early Head Start del Condado de Doña Ana (DACHS) por las siguientes razones:

Yo entiendo que mi hijo/a no puede regresar al salón de clase hasta que las condiciones siguientes son reconocidas:

Plan de Acción:

Una junta será citada por el personal de Head Start/ Early Head Start cuando las condiciones son reconocidas para determinar cuándo/si _____ puede regresar al salón de clase de Head Start/ Early Head Start.

(Niño/a)

Firma de Padres/Guardián

Fecha

Firma de Personal de Head Start/ Early Head Start

Fecha