

# **Wood County**

## **Multi-District Service**

### **2020 - 2021**



# **Student Enrollment**

## **Packet**

# Wood County Multi-District Services

109 Earlene St. • Quitman, Texas 75783 • Office 903-763-2253 • Fax 903-763-5112

## Estudiante Formulario de Información Demográfica

Nombre Estudiantes: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_  
Casa: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_  
Casa: \_\_\_\_\_

El estudiante vive con: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ (usar otra forma para obtener instrucciones específicas de conducción)  
Ciudad, State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Celular #: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo #: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA Y LOS PADRES NO PUEDEN SER ALCANZADO**, lista de al menos tres personas que pueden ser llamada. Por favor, dar su relación con el estudiante.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **INDIQUE CUALQUIER PERSONA QUE USTED DA PERMISO RECOGER A SU HIJO DE LA ESCUELA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR ENCIERRA LAS SIGUIENTES:**

Mi hijo tiene 14 años de edad o más. La ruta de autobús por la tarde puede dejar que él / ella desatendida por la tarde.

**Nota: Sólo los niños de 14 años o más pueden quedar en casa sin supervisión. (círculo) Si o no**

Mi hijo puede ser filmado o fotografiado para los periódicos, boletines, o el uso público en general. Si o no

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

# WOOD COUNTY SPECIAL EDUCATION (WCSE)

## HEALTH INFORMATION CARD

Es de vital importancia que recibimos la siguiente información en la clínica de la escuela lo antes posible para que podamos ofrecer tanto de emergencia y rutina atención médica para su hijo mientras están en la escuela o actividades relacionadas con la escuela. Por favor, complete este formulario, devuélvalo a su clínica del campus el día después de que lo reciba, y notificar al proveedor de salud del campus de cualquier cambio a lo largo del año.

Gracias

ESTUDIANTE NAME \_\_\_\_\_ NACIMIENTO DATE \_\_\_\_\_

MADRE / TUTOR NOMBRE: \_\_\_\_\_

TELEFONO PRIMARIO \_\_\_\_\_ TELEFONO SECUNDARIO \_\_\_\_\_

PADRE / TUTOR NOMBRE: \_\_\_\_\_

TELEFONO PRIMARIO \_\_\_\_\_ TELEFONO SECUNDARIO \_\_\_\_\_

### EMERGENCIA ALTERNOS CONTACT:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DOCTOR \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DENTISTA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

HOSPITAL QUE PREFERE \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante seguro de salud? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Hermanos (NOMBRES Y GRADOS) \_\_\_\_\_

WCSE tiene mi permiso para ponerse en contacto con el médico / dentista de mi hijo en caso de ser necesario por razones médicas. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### MI HIJO ES ALERGICO A:

**MEDICAMENTOS** **REACCIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CACAHUATES/OTROS FRUTOS SECOS** **REACCIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALIMENTOS** **REACCIONES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORDEN A LA LIBRE LLEVE Y DE EMERGENCIA AUTO-ADMINISTRAR MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA.

**POR FAVOR MARQUE (✓) EN SU CASO:**

---Attention Deficit (Hyperactivity) Disorder

---Asthma

---Epilepsy/Seizure Disorder

---Psychiatric/Psychological Disorder

---Autism

---Gastrointestinal Disorder/G-tube

---Rhett Syndrome

---Blood Disorder

---Heart Condition

---Skin Condition

---Cerebral Palsy

---Kidney Disorder

---Speech Disorder

---Cystic Fibrosis

---Migraine Headaches

---Spina Bifida

---Diabetes

---Muscular/Orthopedic Disorder

---STD \_\_\_\_\_

---Down Syndrome

Braces/Splints

---Vision/Hearing Disorder

---Eating Disorder

---Neurological Disorder

---Other \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor explique:

---

---

---

**WOOD COUNTY SPECIAL EDUCATION (WCSE)  
STUDENT MEDICATION INFORMATION**

SIGUIENTE DOCUMENTO TODOS LOS MEDICAMENTOS TOMADAS POR EL NIÑO, INCLUYA DOSIS CANTIDADES, TIEMPOS, Y COMO SE LE DA EL MEDICAMENTO (ES DECIR, CON ALIMENTO O SIN ALIMENTOS / JUGO, A TRAVES DE G-TUBO, ETC.). TAMBIÉN POR FAVOR INDICAR SI UN MEDICAMENTO SE VA A ADMINISTRAR DURANTE EL HORARIO ESCOLAR Y QUE HORA ES DADO.

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
DOSIS \_\_\_\_\_ TIEMPOS DE ADMINISTRATION \_\_\_\_\_  
MOLIDAY/ROCIELA CON/AGREGIELE \_\_\_\_\_, (MARQUE UNO)  
RAZON DE LA MEDICATION \_\_\_\_\_  
PARA SER DADO EN LA ESCUELA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_  
COMENTARIOS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
DOSIS \_\_\_\_\_ TIEMPOS DE ADMINISTRATION \_\_\_\_\_  
MOLIDAY/ROCIELA CON/AGREGIELE \_\_\_\_\_, (MARQUE UNO)  
RAZON DE LA MEDICATION \_\_\_\_\_  
PARA SER DADO EN LA ESCUELA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_  
COMENTARIOS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
DOSIS \_\_\_\_\_ TIEMPOS DE ADMINISTRATION \_\_\_\_\_  
MOLIDAY/ROCIELA CON/AGREGIELE \_\_\_\_\_, (MARQUE UNO)  
RAZON DE LA MEDICATION \_\_\_\_\_  
PARA SER DADO EN LA ESCUELA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_  
COMENTARIOS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
DOSIS \_\_\_\_\_ TIEMPOS DE ADMINISTRATION \_\_\_\_\_  
MOLIDAY/ROCIELA CON/AGREGIELE \_\_\_\_\_, (MARQUE UNO)  
RAZON DE LA MEDICATION \_\_\_\_\_  
PARA SER DADO EN LA ESCUELA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_  
COMENTARIOS \_\_\_\_\_

(Usar la siguiente página si necesita más espacio)

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
DOSIS \_\_\_\_\_ TIEMPOS DE ADMINISTRATION \_\_\_\_\_  
MOLIDAY/ROCIELA CON/AGREGIELE \_\_\_\_\_, (MARQUE UNO)  
RAZON DE LA MEDICATION \_\_\_\_\_  
PARA SER DADO EN LA ESCUELA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_  
COMENTARIOS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
DOSIS \_\_\_\_\_ TIEMPOS DE ADMINISTRATION \_\_\_\_\_  
MOLIDAY/ROCIELA CON/AGREGIELE \_\_\_\_\_, (MARQUE UNO)  
RAZON DE LA MEDICATION \_\_\_\_\_  
PARA SER DADO EN LA ESCUELA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_  
COMENTARIOS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
DOSIS \_\_\_\_\_ TIEMPOS DE ADMINISTRATION \_\_\_\_\_  
MOLIDAY/ROCIELA CON/AGREGIELE \_\_\_\_\_, (MARQUE UNO)  
RAZON DE LA MEDICATION \_\_\_\_\_  
PARA SER DADO EN LA ESCUELA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_  
COMENTARIOS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
DOSIS \_\_\_\_\_ TIEMPOS DE ADMINISTRATION \_\_\_\_\_  
MOLIDAY/ROCIELA CON/AGREGIELE \_\_\_\_\_, (MARQUE UNO)  
RAZON DE LA MEDICATION \_\_\_\_\_  
PARA SER DADO EN LA ESCUELA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_  
COMENTARIOS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_  
DOSIS \_\_\_\_\_ TIEMPOS DE ADMINISTRATION \_\_\_\_\_  
MOLIDAY/ROCIELA CON/AGREGIELE \_\_\_\_\_, (MARQUE UNO)  
RAZON DE LA MEDICATION \_\_\_\_\_  
PARA SER DADO EN LA ESCUELA? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ TIME \_\_\_\_\_  
COMENTARIOS \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA ENFERMERA ESCUELA O SU ADMINISTRAR MÁS  
LA MEDICACIÓN CONTADOR EN LA ESCUELA POR ORDEN PERMANENTE**

ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

MADRE / TUTOR NAME \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO (lista por orden de preferencia):

1. \_\_\_\_\_ (CASA / CELULAR / TRABAJO) POR FAVOR CÍRCULO

2. \_\_\_\_\_ (CASA / CELULAR / TRABAJO) POR FAVOR CÍRCULO

PADRE / TUTOR NAME \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO (lista por orden de preferencia):

1. \_\_\_\_\_ (CASA / CELULAR / TRABAJO) POR FAVOR CÍRCULO

2. \_\_\_\_\_ (CASA / CELULAR / TRABAJO) POR FAVOR CÍRCULO

**NOMBRE CONTACTO DE EMERGENCIA:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS :**       Si                       No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A COMIDAS:**               Si                       No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR INICIE CADA MEDICAMENTO QUE USTED DA PERMISO QUE LA ENFERMERA DE LA ESCUELA PUEDE DARLE O LA INCIADA. MARQUE UNA LINEA SI USTED NO QUIERE ESTE MEDICAMENTO QUE SE LE DE A SU NINO.**

**MEDICAMENTOS**

**QUEJA DEL ESTUDIANTE**

**INICIALES DE LOS PADRES**

ACETAMINOPHEN

---

DOLOR DE CABEZA / FIEBRE / MALESTAR

OR IBUPROFEN

DOLOR MENSTRUAL

BENADRYL OR

PICAZÓN / MALESTAR DE

HYDROCORTISONE

MUERDE / PICADURAS / roble venenoso / IVY

CREAM, CALAMINE

LOTION

---

ALOE VERA GEL/MOIST

---

QUEMADURAS

BURN PADS

TUMS OR PEPTO BISMOL

---

malestar abdominal

DOLOR DE ESTÓMAGO

DIPHENHYDRAMINE

Reacción alérgica grave:

(BENADRYL)

---

ANAFILAXIA POSIBLE (LIFE

AMENAZA)



**TODAS LAS MEDICINAS SE DARAN EN CANTIDADES RECOMENDADAS EL LA BOTELLA INICIADA DEL PADRE. ESTOS MEDICAMENTOS NO SERAN PROPORCINADOS POR LA ESCUELA. USTED TIENE QUE ENVIAR UNA BOTELLA ORIGINAL DE ESTOS MEDICAMENTOS A LA ESCUELA. SI USTED QUIERE QUE SU HIJO TOME ESTOS MEDICAMENTOS. ADEMAS, SI SU HIJO REQUIERE CUALQUIERA DE LOS MEDICAMENTOS POR CINCO (5) DIAS O MAS, DEBE TRAER UNA NOTA FIRMADA POR SU / SU DOCTOR INDICANDO LA RAZON LA CONTINUACIÓN Y CUANTOS DÍAS ADICIONALES EL DOCTOR QUIERE EL MEDICAMENTO DADO.**

**AUTORIZO la enfermera escolar o la persona designada PARA ADMINISTRAR Medicamentos a mi hijo según lo prescrito por órdenes permanentes lo indicado anteriormente.**

**ENTIENDO QUE SI MI HIJO VISITA LA ENFERMERA VARIAS VECES CON LA MISMA QUEJA, seré contactado, Y MI HIJO SE HACE REFERENCIA HIS / HER MÉDICA PROVEEDOR DE EVALUACIÓN. EN EL CASO DE reacción grave (potencialmente mortal), Y Doy permiso para que mi hijo reciba atención de emergencia. Yo libero al Wood County Special Education, sus agentes, y empleados de cualquier y toda responsabilidad que PUEDEN RESULTAR DE MI HIJO tomar la medicación. ESTE FORMULARIO DE PERMISO ES VÁLIDA PARA EL AÑO ESCOLAR 2020-2021 SOLAMENTE.**

**ESTA FORMA DEBE ser llenada completamente, firmada y fechada para ser válida.**

**PADRE / TUTOR Nombre \_\_\_\_\_ (impression)**

**Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_**

## **WOOD COUNTY SPECIAL EDUCATION (WCSE) MEDICATION INFORMATION AND CLINIC POLICIES**

**LOS MEDICAMENTOS DEBEN ADMINISTRARSE EN EL HOGAR CUANDO SEA POSIBLE.** SIN EMBARGO, CUANDO INSTRUCCIONES DE DOSIFICACION REQUIEREN MEDICAMENTOS PARA SER ADMINISTRADOS DURANTE LA ESCUELA DÍA, LOS REQUISITOS DE POLÍTICA SIGUIENTES DEBEN CUMPLIRSE.

En cumplimiento de directrices del Departamento de Salud de Texas, WCSE no proporciona ningún medicamento para los estudiantes. Si usted, como padre / tutor de este estudiante. Quisiera dar over-the-counter (OTC) o la prescripción medicamentos para su uso durante el horario escolar, todos los medicamentos deben:

1. Estar en su envase original y debidamente etiquetado con una etiqueta reciente farmacia. El actual etiqueta de la farmacia será suficiente para una orden médica.
2. Over-the-counter (OTC) medicamentos deben estar en su original, sin abrir, contenedor. Ellos van a Sólo se administran si el Reglamento cerrados de forma OTC Medicamentos se complete y firmado / fechado
3. Todos los medicamentos de los estudiantes deberán ir acompañados de una nota de un padre / tutor que solicita la Medicina darse en la escuela y será llevado a la escuela por el padre / tutor.
4. Los medicamentos de venta libre dadas durante 5 días consecutivos requerirán una orden del médico.
5. Todos los medicamentos serán administrados por cualquiera de la enfermera o la persona designada enfermera.
6. Ordenes del médico y notas de los padres deben ser renovadas cada año escolar.

**CUANDO DEBE SU HIJO SE LOCAL SE:** Tiene el mandato por el Departamento de Salud de Texas que un estudiante que muestra síntomas de enfermedad contagiosa se excluye hasta que la readmisión es aceptable para la escuela las autoridades.

Un niño se mantendrá a casa por las siguientes razones:

1. Temperatura de 100,0 grados o más en las últimas **24 horas**.
2. La diarrea o vómitos en las últimas **24 horas**.
3. Erupción no diagnosticada o inexplicable.
4. La presencia de piojos vivos, hasta que el cabello es tratada y piojos y se eliminan las liendres. El estudiante debe ser re-revisado por la enfermera y se encontró que los piojos gratis antes de volver a clase.
5. Su hijo también podría ser enviado a casa si, en opinión de las enfermeras, él / ella no se siente lo suficientemente bien como para participar en las actividades normales de clase, **incluso sin la presencia de fiebre, vómitos, diarrea o otros síntomas.**

**Un estudiante no puede regresar a la escuela hasta que él / ella es libre de síntomas, sin medicamentos (es decir, Imodium, Tylenol, ibuprofeno, etc.) durante 24 horas consecutivas.**

**Las políticas de inmunización tienen el mandato por el Estado de Texas y se harán cumplir por la escuela. Cuando un estudiante tiene una declaración de un médico restringir las actividades físicas, sino que también debe tener una liberación formar parte del médico antes de que estas actividades se pueden reanudar.**

**HE LEIDO Y ENTIENDO LA DECLARACIÓN POLÍTICA WCSESSA:**

**PADRE / TUTOR SIGNATURE** \_\_\_\_\_  
**DATE** \_\_\_\_\_

## **Wood County Special Education SSA (WCSE)**

### **Student Agreement for Acceptable Use of the Electronic Communications System**

Se les está dando acceso al sistema de comunicación electrónica de Wood Condado SESSA. A través de este sistema, usted será capaz de comunicarse con otras escuelas, colegios, organizaciones y pueblos de todo el mundo a través de Internet y otros sistemas de información electrónica / redes. Usted tendrá acceso a cientos de bases de datos, bibliotecas y servicios informáticos de todo el mundo.

Con esta oportunidad educativa viene la responsabilidad. Es importante que lea la política de Distrito, Reglamentos Administrativos, y el Formulario Acuerdo y hacer preguntas si usted necesita ayuda en la comprensión de ellos. Uso inapropiado del sistema resultará en la pérdida del privilegio de usar esta herramienta educativa.

Tenga en cuenta que Internet es una red de muchos tipos de redes de comunicación e información. Es posible que usted puede correr a través de las áreas de contenido para adultos y algún material que usted o su padre puede ser que encuentre objetable. Mientras que el Distrito tomará las medidas razonables para restringir el acceso a ese material, no es posible prevenir absolutamente tal acceso. Será su responsabilidad de seguir las reglas para el uso apropiado.

#### **Normas de Uso Apropiado**

- Usted puede ser asignado una cuenta individual, si tiene una política de uso aceptable firmado el archivo; usted es el responsable de no compartir la contraseña para esa cuenta con otros.
- La cuenta es para ser utilizado sólo con fines educativos identificados bajo la dirección y supervisión del personal de Madera Condado SESSA.
- Usted será responsable en todo momento por el buen uso de su cuenta, y la Madera Condado SESSA puede suspender o revocar su acceso si usted viola las reglas.

#### **Usos inapropiados**

- Usar el sistema para cualquier propósito ilegal.
- Usar la cuenta de otra persona sin permiso.
- Publicar información personal sobre usted u otros (como direcciones y números de teléfono).
- La descarga o utilización de la información con derechos de autor sin el permiso del titular de los derechos de autor.
- Publicar mensajes o material que es abusivo, obsceno, acceso, orientación sexual, amenazantes, acosadores, dañinos a la reputación de otro, o ilegal.
- recursos de la escuela Perder a través del uso indebido del sistema informático, es decir, la transmisión de vídeo, música o juegos.
- Obtener acceso no autorizado a la información o recursos restringidos.
- El uso de 3 Partido proxies para acceder al material a través de Internet está siendo restringido por el Distrito Proxy / Firewall.

#### **Consecuencias de Uso Inadecuado**

- Suspensión de acceso al sistema;
- Revocación de la cuenta del sistema informático; o
- Otra acción disciplinaria o legal, de conformidad con el Código de Conducta Estudiantil y las leyes aplicables.

El acuerdo del estudiante debe ser renovada cada año.

**Wood County Special Education SSA (WCSE)**  
2020-2021 Student Agreement for the Acceptable Use of the Electronic  
Communications System

**ESTUDIANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

**Entiendo que mi uso de la computadora no es privado y que el Distrito supervisará mi actividad en el sistema informático.**

He leído sistema de comunicación electrónica de Wood Condado SESSA (s) de políticas y reglamentos administrativos. En consideración por el privilegio de usar el sistema de comunicación electrónica de Wood Condado SESSA (s), y en consideración por tener acceso a las redes públicas, yo libero Madera Condado de Sessa, su operador, y cualquier institución con la que están afiliados de cualquier y toda reclamaciones y daños y perjuicios de cualquier naturaleza derivados de la utilización de mi hijo, o la imposibilidad de usar el sistema, incluyendo, con limitación, el tipo de daño identificado en la política del Distrito y regulaciones administrativas.

I (doy  (no doy  permiso para que mi hijo participe en el sistema de acceso a la Internet y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

I (doy  (no doy  permiso para que la fotografía de mi hijo / trabajo que se publicará en Wood County SESSA's web page located at [www.wcsessa.net](http://www.wcsessa.net).

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Wood County Centralized Services (WCSE)

109 Earlene St. • Quitman, Texas 75783 • Office 903-763-2253 • Fax 903-763-5112

Tutor

A lo largo del año escolar, los estudiantes tendrán la oportunidad de asistir a excursiones educativas. Al firmar a continuación, usted estará de acuerdo para permitir que su hijo asista a todas las salidas de campo basados en la comunidad que se ofrecen para su / su clase para el año escolar 2020-2021. Notas de los padres serán enviados antes de tiempo, se le notifica las fechas de cualquier excursiones próximos.

Yo, \_\_\_\_\_ acuerdo en permitir que mi hijo, \_\_\_\_\_  
(impresión) (impresión)

para asistir a excursiones educativas que ofrece la Educación Especial del Condado de madera durante el año escolar 2020-2021.

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
fecha

**Wood County Centralized Services (WCSE)**

**109 Earlene St.**

**Quitman, TX 75783**

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, el padre de \_\_\_\_\_, doy permiso para MHMR / Andrews Center, para visitar a mi hijo, mientras que él / ella están asistiendo a clases. Voy a respetar y seguir todas las reglas y regulaciones de la escuela de confidencialidad.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a la oficina de Educación Especial del Condado de Wood.

# 903-763-2253

---

Case Worker Signature

---

Firma de los padres