

Permiso de Traslado – Centros de Cuidado Infantil TRANSPORTATION PERMISSION – CHILD CARE CENTERS

Uso del formulario: el uso de este formulario es voluntario. Sin embargo, completarlo ayudará a garantizar el cumplimiento de las disposiciones de DCF 202.08(9), DCF 250.08, DCF 251.08 y DCF 252.09 de los Wisconsin Administrative Codes en relación con el traslado de niños bajo cuidado, que esté regularmente programado, sea contratado por el centro, o proporcionado por el centro u operador. La información personal que proporcione puede usarse para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instrucciones: El padre/tutor debe completar este formulario para que sea colocado en el archivo del niño en el centro y para actualizar la información, según sea necesario. El centro deberá mantener el formulario completado en el archivo del niño por el tiempo que dure la inscripción de este. Nota: Se deberá llevar en el vehículo una copia de este formulario cuando se traslade al niño. Si el menor tiene necesidades de salud especiales, incluya, además, una copia de DCF-F-CFS2345, *Historial médico y plan de atención de emergencia*, o el formulario equivalente del centro.

A. INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre	Domicilio particular (calle, ciudad, estado, código postal)
--------	---

Sí No ¿El niño tiene alguna necesidad especial de cuidado de la salud? Si la respuesta es "sí", adjunte el formulario del departamento *Historial médico y plan de atención de emergencia* o el formulario equivalente del centro.

B. INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

 Proporcione información sobre dónde se puede encontrar al padre/tutor mientras el niño está bajo cuidado.

1. Nombre	Número de teléfono de casa	Número de teléfono del lugar de trabajo	Número de teléfono móvil
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)			
2. Nombre	Número de teléfono de casa	Número de teléfono del lugar de trabajo	Número de teléfono móvil
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)			

C. INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

 Proporcione información sobre la persona a la que se pueda contactar en el caso de que no sea posible comunicarse con el padre/tutor.

Nombre	Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono
--------	--	--------------------

D. INFORMACIÓN DE LAS PERSONAS/LOS DESTINOS AUTORIZADOS

	Dirección del sitio desde donde se traslada al niño (calle, ciudad)	Dirección del sitio al cual se traslada al niño (calle, ciudad)	Duración del viaje de ida	Persona autorizada para recibir al niño
1.				
2.				
3.				
4.				

Procedimiento a seguir cuando el padre/tutor o adulto autorizado no se encuentre en el destino para recibir al niño. Especifique.

E. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Nombre – Médico	Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono
-----------------	--	--------------------

F. AUTORIZACIÓN

1. Sí No Por el presente doy mi consentimiento para que se utilice un tratamiento o cuidado médico de emergencia en el único caso de que no se me pueda contactar de inmediato.
2. Sí No Por el presente doy mi consentimiento para que mi hijo en edad escolar ingrese a un edificio sin acompañamiento.

FIRMA del padre/tutor	Fecha de firma
------------------------------	----------------