

**VERIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN:
 PADRE, MADRE O CUIDADOR/A QUE ASISTE
 A LA ESCUELA O RECIBE LA CAPACITACIÓN**

Escriba la información en letra de imprenta o a máquina.

FECHA

INSTRUCCIONES

Para determinar si el niño/a es elegible para recibir servicios de desarrollo infantil, se requiere que el padre, madre o cuidador/a realice lo siguiente:

1. Complete toda la información solicitada.
2. Una vez completo, envíe este formulario a la escuela u organización donde se recibirá la capacitación o educación.
3. Solicite al secretario/a (o a su representante) que verifique el plan de capacitación descrito firmando y sellando este formulario.
4. Devuelva este formulario a la agencia que proporcionará los servicios de desarrollo infantil dentro de dos semanas.

AGENCIA

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR/A (apellido y nombres)	N.º DE TELÉFONO ()
---	------------------------

CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
-------	--------	---------------

INFORMACIÓN SOBRE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN

NOMBRE DE LA ESCUELA U ORGANIZACIÓN DONDE SE RECIBE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN	N.º DE TELÉFONO ()
---	------------------------

CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL
-------	--------	---------------

FECHA DE INICIO DE ESTE PERÍODO	FECHA DE FINALIZACIÓN DE ESTE PERÍODO	FECHA DE FIN ESTIMADA DE LA CAPACITACIÓN/EDUCACIÓN
---------------------------------	---------------------------------------	--

OBJETIVOS PROFESIONALES O VOCACIONALES

PROGRAMA DE CLASES (si corresponde)

	DÍA	HORA	N.º DE SALÓN	NOMBRE DEL CURSO	UNIDADES
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

FIRMA DEL PADRE, MADRE O CUIDADOR/A	FECHA
FIRMA Y SELLO DEL SECRETARIO/A DE LA ESCUELA U ORGANIZACIÓN	FECHA