

SECCION I: *(Para ser completado por el estudiante cliente)*

Para proporcionar servicios de cuidado de niños mientras el cliente está atendiendo la escuela, hay que verificar la asistencia escolar del cliente. Por favor, complete y envíe este documento al Early Learning Coalition of Hillsborough County Programa de School Readiness por _____

Nombre de Padre/Guardián: _____ **Seguridad Social#/ID:** _____

Yo doy permiso para que mi escuela para liberar la siguiente información para el Programa de ELCHC School Readiness.

Signature of Parent/Guardian _____
Date

SECCION II: *(Para ser completado por la escuela)*

1. Student's Name: _____ **Social Security #/ID:** _____

2. Student's Address: _____
(include apt. #, city, state, zip code)

3. Days of Attendance	From (Time)	To (Time)
Monday	____ : ____	____ : ____
Tuesday	____ : ____	____ : ____
Wednesday	____ : ____	____ : ____
Thursday	____ : ____	____ : ____
Friday	____ : ____	____ : ____
Saturday	____ : ____	____ : ____
Sunday	____ : ____	____ : ____

Course Semester Begins: _____ **Course Semester Ends:** _____

Number of Credit Hours Student is Currently Enrolled: _____ **Work Study:** Yes No

4. Name of School: _____

Address of School: _____
(include apt. #, city, state, zip code)

Telephone: _____

5. Name and Title of Records Official: _____

Signature of Records Official _____
Phone Number _____
Date

Official Seal: