



COLLEGE OF SOUTHERN IDAHO
HEAD START/EARLY HEAD START
998 Washington St. N.
PO Box 1238
Twin Falls, Idaho 83303-1238
208-736-0741



Yo autorizo que _____ complete las visitas
hogareñas durante el tiempo de cosecha durante los próximos
meses_____.

Esta autorización es temporal y no será usada como sustituto para las visitas hogareñas regulares con los padres. El visitante al hogar esta de acuerdo a proveer las visitas hogareñas con el/la sustituto(a) autorizado, mientras manteniendo contacto con los padres por teléfono si es posible durante todos los meses de cosecha. Cuando el tiempo de cosecha se termine, los padres y el visitante regresarán a sus citas programadas.

Padres_____

Participante Substituto_____

Visitante al Hogar_____

FE III_____