

Family Consent for Educators and Program Participation in the IFSP/IEP Process

Consent Form

CHILD'S INFORMATION

Full Name:

Date of Birth:

Parent or guardian Name:

CLIENT CONSENT

- I, the parent or guardian of the child listed above, hereby grant consent for classroom educators and program administration to engage in discussions and participate in my child's intervention process alongside the therapist. This consent allows the educators to:

1. Participate in therapy sessions conducted within the classroom.
2. Attend and contribute to IFSP/IEP meetings as deemed necessary or recommended by the therapist.
3. Utilize the therapist's recommendations to make adjustments to the weekly lesson plan, thereby supporting my child's growth and development.

All information regarding this participation will be treated with utmost confidentiality and will be shared only with educators directly involved with my child.

Please note that children derive significant benefits when their parents, teachers, and therapists collaborate to assist them in developing new coping strategies, adapting, and fostering relationships. When therapy is accessible, inclusive, and collaborative, it positively impacts all parties involved.

By signing below, I confirm that I have read, comprehended, and agree to the checklist and the lash lift procedure outlined above.

Parent or Guardian Signature:

Signature of Director or Administrator:

Consentimiento familiar para educadoras y participación del programa en el proceso de IFSP/IEP.

Formulario de autorización

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO

Nombre completo:

Fecha de nacimiento:

Nombre del progenitor o tutor:

CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE

- Yo, padre, madre o tutor del niño mencionado anteriormente, otorgo mi consentimiento para que los educadores del aula y la administración del programa participen en las conversaciones y el proceso de intervención de mi hijo junto con el terapeuta. Este consentimiento faculta a los educadores:

1. Participar en sesiones de terapia llevadas a cabo en el aula.
 2. Asistir y contribuir a las reuniones del IFSP/IEP según lo considere pertinente o lo sugiera el terapeuta.
 3. Utilizar las sugerencias del terapeuta para realizar modificaciones en el plan de lecciones semanal, favoreciendo así el crecimiento y desarrollo de mi hijo.
- Toda la información relacionada con esta participación se manejará con la más estricta confidencialidad y se compartirá exclusivamente con los educadores que estén directamente involucrados con mi hijo.

Tenga en cuenta que los niños obtienen beneficios significativos cuando sus padres, maestros y terapeutas trabajan en conjunto para ayudarles a desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento, adaptarse y fomentar relaciones. Cuando la terapia es accesible, inclusiva y colaborativa, tiene un impacto positivo en todas las partes involucradas.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído, comprendido y acepto la lista de verificación y el procedimiento de levantamiento de pestañas previamente descrito.

Firma del progenitor o tutor:

Firma del Director o Administrador: