



Acceptance Letter

Date: _____

RE: _____ I.S.D. Head Start Program

Dear Parent or Guardian of _____
Child's Name

Thank you for completing the Head Start Application. Your child's services will be provided at:

Name of Campus

Address of Campus

Your child's first day of school is _____,
Date

Parent Orientation for Head Start will be _____,
Date

Please bring a current copy of your insurance card (Medicaid, CHIP or Private).

If you need any more information or have any questions, please contact me at _____
Phone number
after _____.
Date

Sincerely,

Head Start Family Service Worker/Advocate

"Region 7 Education Service Center is committed to student success by providing quality programs and services that meet or exceed our customers' expectations."

Carta de Aceptación

Fecha: _____

RE: _____ I.S.D. Programa de Head Start

Estimado Padre o Tutor de _____
Nombre del niño

Gracias por completar la aplicación de Head Start. Los servicios de su niño(a) serán proporcionados en:

Nombre del Plantel

Dirección del Plantel

El primer día de escuela de su niño(a) es _____,
Fecha

La Orientación de Padres para Head Start será _____,
Fecha

Por favor traiga una copia reciente del seguro médico del niño (Medicaid, CHIP o Privado).

Si usted necesita más información o tiene cualquier pregunta, por favor llámeme al

_____ después de _____.
Fecha

Sinceramente,

Personal de Head Start

“El Centro de Servicio para la Educación de la Región 7 está comprometido al éxito del estudiante proporcionando servicios de calidad que cumplen o superan las expectativas de nuestros clientes”