Licencia para el Cuidado del Niño

Formulario para miembros del núcleo familiar/sustitutos/empleados

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____

Cargo _____ Fecha de empleo_____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre _____

Dirección _____

Número(s) de teléfono_____ _____

CERTIFICADO SOBRE ABUSO DEL NIÑO

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE HE LEÍDO EL FOLLETO "ABUSO Y NEGLIGENCIA DEL NIÑO EN FLORIDA, UNA GUÍA PARA PROFESIONALES" Y ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD LEGAL DE REPORTAR CUALQUIER SOSPECHADO ABUSO.

Firmado _____ Fecha _____

HC CCL 19 (Rev 01/11) (Household Members Substitute Employee Form)