



711 East Main St.
Quincy CA 95971
www.plumasruralservices.org

530-283-2735
800-284-3340
FAX 283-3647

VERIFICACIÓN DEL ENTRENAMIENTO

INSTRUCCIONES:

Por favor, complete la información de los padres/cuidadores. Lleve este formulario al registrador de su escuela u organización de formación. Solicite al registrador que complete el formulario, lo firme y lo selle. Vuelva a presentar este formulario antes de la fecha límite o al menos **DOS SEMANAS antes de que comience el trimestre.** _____

PADRE O TUTOR, POR FAVOR COMPLETE:

Nombre del padre o tutor: _____ Teléfono de casa: _____

Dirección: _____
Calle y número Ciudad Código postal

OBJETIVO DE LA LISTA (Trabajo después de la finalización): _____
PARA SER COMPLETADO POR LA ESCUELA O EL OFICIAL DE FORMACIÓN:

Organización escolar donde se recibe educación de formación:

Nombre : _____ Número Telefónico: _____

Dirreccion: _____
Calle y numero Ciudad Codigo postal

Fecha en que comenzó este término: _____ Fecha de finalización de este término: _____

Fecha de anticipación de esta finalización para la educación de formación: _____

Horario de clases o horario de entrenamiento:

	Dia(s)	Tiempo	AM	PM	Nombre del Curso	# de Curso	Unidades
1							
2							
3							
4							
5							
6							

Firma y sello del registrador, la escuela/organización

Fecha

Certifico, bajo pena de perjurio, que el contenido de lo anterior es verdadero y correcto a mi leal saber y entender. Entiendo que estoy obligado a informar a mi especialista en cuidado infantil de toda la información que afecte a mi estado de estudiante y que seré despedido por no informar de ningún cambio.

Firma del padre/tutor

Fecha