PRINCE WILLIAM
Parks, Recreation & Tourism

Solicitud de Visita al Salón de Clases

Si solicita que un visitante asista al salón de clases de su hijo (terapeuta ABA, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, etc.), complete y envíe la información a continuación al menos **21 días hábiles** antes de la fecha de visita solicitada. Una vez que se reciba una solicitud por escrito, nos pondremos en contacto con usted para aprobar la solicitud de visita.

Tenga en cuenta que, debido a problemas de capacidad dentro del salón de clases/programa, las solicitudes pueden denegarse o se sugerirán días y horarios alternativos.

Nombre del programa _____ Ubicación del programa _____

¿Su hijo ha participado anteriormente en un programa del Departamento de Parques, Recreación y Turismo? ☐ Sí ☐ No

Fecha _____ Nombre del niño _____ Edad del niño _____

Nombre del padre/madre _____ Teléfono particular _____

Teléfono celular _____ Correo electrónico _____

Nombre del visitante _____ Tipo de visita _____

Nombre de la empresa_____ Correo electrónico _____

Teléfono celular _____

Detalles de la visita (marque todo lo que corresponda)

Día(s): ☐L ☐MA ☐MI ☐J ☐V ☐S ☐D

Horario(s): ☐9a ☐10a ☐11a ☐12p ☐1p ☐2p ☐3p ☐4p ☐5p Otro _____

Duración de la estancia: Todo el programa ☐1 hr ☐2 hrs ☐3 hrs ☐4 hrs Otra _____

Intervalo de fechas: Visita única el: _____

Visitas recurrentes en las siguientes fechas: _____

_____

¿El visitante sacará a su hijo del salón de clases? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, tenga en cuenta que el visitante debe figurar como un adulto autorizado en su formulario de inscripción y que deberá firmar la salida y el regreso de su hijo a nuestro centro.

Propósito de la visita:

Firma de los padres: _____ Fecha: _____