

**VERIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN DEL NIÑO**  
**(Debe ser llenado por la persona que cuida del niño)**

**Yo/nosotros por la presente certifico que cuido de:**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Yo verifico que este niño(a) listado atiende mi guarderia de niños o casa a diario o regularmente por estas horas:** Mañana A.M. De las \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_  
Tarde P.M. De las \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Individuo o Director de la agencia que provee supervisión**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Escriba con letra de molde el nombre del individuo o director de la agencia que provee supervisión**

\_\_\_\_\_  
**Si es una guarderia de niños, por favor escriba el nombre de la agencia**

\_\_\_\_\_  
**Dirección**

\_\_\_\_\_  
**Ciudad**

\_\_\_\_\_  
**Código Postal**

\_\_\_\_\_  
**Número Telefónico**

**Student Assignment Office  
Guilford County Schools  
120 Franklin Blvd.  
Greensboro, NC 27401**

**OFFICE USE ONLY:**

Child Care Provider

Attendance Zone: \_\_\_\_\_ Verified by: \_\_\_\_\_