



DISTRICT OF COLUMBIA
OFFICE OF THE STATE SUPERINTENDENT OF

EDUCATION

Cuadro de seguimiento del programa de desarrollo infantil

Requisitos de 30 días

1. Nombre del programa: _____
3. Director del centro/administrador *in situ*: _____

2. N.º de certificado: _____
4. Periodo de certificado: _____
Comienzo: _____ Vencimiento: _____

5. Nombre del empleado	6. Cargo	7. Fecha de alta del empleado	8. Horas totales	Prevención, detección y denuncia de abuso de menores y negligencia	Preparación de emergencias y planes de	Síndrome de muerte súbita infantil (SIDS) y uso de estrategias de sueño	Prevención del síndrome del niño sacudido y	Primeros auxilios y reanimación cardiopulmonar	Otro	Otras áreas de conocimiento básico
9. Horas										

Por medio de la presente certifico que toda la información presentada en este documento es objetiva y correcta. En caso de que algún dato resulte falso por cualquier motivo, podría apelarse a la ley e incluso llegar a cancelarse la licencia de la instalación de cuidado infantil de esta instalación.

Firma del director del centro/administrador *in situ*: _____ Cargo: _____ Fecha: _____