Registro de Asistencia Diaria

Oregon Department of Early Learning and Care

FECHA: _____

SALON DE CLASES: _____

Nombre de Niño (Apellido, Primer Nombre)	**Edad del Niño en Cuidado***	**Entrada**	**Salida**	**Entrada**	**Salida**
Nombre de Personal (Apellido, Primer Nombre)		**Entrada**	**Salida**	**Entrada**	**Salida**

*Para niños menores de 24 meses, la edad debe escribirse en meses en el espacio proporcionado, como por ejemplo "18 meses"

Tiene derecho a recibir servicios de asistencia con el idioma y otras adaptaciones sin costo alguno. Si necesita ayuda en su idioma u otras adaptaciones, comuníquese con la Oficina de Cuidado Infantil al 503-947-1400