



Training Verification/*Verificación de capacitación*

Parent or Caretaker Attending School or Receiving Training

Padre o cuidador que asiste a la escuela o que recibe capacitación

Date/Fecha:				
Agency Name, Street Address, City, ZIP Code, and Phone Number: Riverside County Office of Education Division of Early Education Services Early Care and Education P.O. Box 868 Riverside, CA 92502-0868			Parent Name, Street Address, City, ZIP Code, and Phone Number: <i>Nombre del padre, dirección, ciudad, código postal y número de teléfono:</i> Signature/Firma: _____	
Training/Education Information/<i>Información de capacitación o educación</i>				
Profession/Vocational Goal (Not Academic Goal) (E.g. Vocational Goal is to become a teacher.) (E.g. Academic Goal is to obtain Degree or Certificate): <i>Profesión/objetivo profesional (No el objetivo académico) (Ej. La meta vocacional es convertirse en maestro.) (Ej. el objetivo académico es obtener un título o certificado):</i>				
Name of School or Organization where training/education is received: <i>Nombre de la escuela u organización en la que se recibe capacitación/educación:</i>			Phone Number: <i>Número de teléfono:</i>	
Street Address, City, Zip Code: <i>Dirección, ciudad, código postal:</i>			Anticipated Completion Date for Training/Education: <i>Fecha de finalización anticipada de la formación o educación:</i>	
Date this Term Began: <i>Fecha de Inicio de este término:</i>			Date this Term Ends: <i>Fecha de finalización del término:</i>	
Complete One of the Following				
<input type="checkbox"/> Attached is the parent's course printout form from the training institute. or <input type="checkbox"/> Below is the parent's class schedule with the signature and stamp of the Registrar's office.				
Class Schedule (if applicable):				
Day	Time	Room No.	Course Name	Units
Signature and Stamp of Registrar of School/Organization:				
Date of Signature and Seal:				