



Fall/Winter 2019/2020

Parent Support Group

for Hearing Parents of Young Deaf/Hearing Children

- Delicious Refreshments
- Transportation May Be Available
- Informational Support
- Interesting Topics
- Interesting Guest Speakers
- Free Family Outings
- Meet with Other Parents
- Babysitting PROVIDED!

Mark your calendars for the following Saturdays:

- | | | | | |
|------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| October 19 | November 2 | December 7 | January 11 | February 1 |
| October 26 | November 16 | December 14 | January 25 | February 8 |
| | November 23 | | | February 22 |

Each group starts at 10 am and meets at the Early Childhood Center (ECC).

For more information, please contact

Tanya Brown at tbrown@psd.org or call 267-331-4348 VP or 267-207-0586 text.

Parent/Guardian Name: _____

Address: _____ Zip _____

Email: _____ Pager/text: _____

Cell Number: _____ Home Phone Number: _____

How do you prefer us to contact you? Cell Home Other: _____

Deaf/Hard of Hearing Child's name: _____

How many children will be attending? _____ What ages? _____

How many adults will be attending? _____

Do you need to be picked up at your house? Yes No

Otoño / Invierno 2019/2020



Pennsylvania School for the Deaf

Grupo de Apoyo para Familias

padres de Familia Oyentes con Niños Pequeños Sordos y/o Oyentes

- Refrigerios deliciosos
- Transportación Disponible
- Apoyo Informativo
- Temas interesantes
- Invitados Interesantes
- Paseos Familiares Gratuitos!
- Conocer a Otras Familias
- ¡PROPORCIONAMOS Cuidado de niños

Marquen sus calendarios para los siguientes sábados:

9 de Octubre	2 de Noviembre	7 de Diciembre	11 de Enero	1 de Febrero
16 de Octubre	16 de Noviembre	14 de Diciembre	25 de Enero	8 de Febrero
	23 de Noviembre			22 de Febrero

Cada sesión comienza a las 10 a.m. Y se reúne en el Centro de Educación Temprana (Early Childhood Center - ECC). Para obtener más información, comuníquese con Tanya Brown a: tbrown@psd.org o llame al 267-331-4348 VP o al 267-207-0586 TXT.

Nombre de los Padres de Familia/Tutores: _____

Dirección postal: _____

Correo electrónico: _____ texto: _____

Número de celular: _____ Número de teléfono residencial: _____

¿Cómo prefiere que lo contactemos? Celular Hogar Otros: _____

Nombre de los niños sordos / con problemas de audición: _____

Cuántos niños asistirán? _____ ¿Qué edades? _____

Cuántos adultos asistirán? _____

Necesita transportación? Sí No