
**Program Permission
Slip for Reproductive
Health Education**

Dear Parent/Guardian:

Your child is scheduled to attend the _____ program by McMillen Health on _____.
A program description accompanies this Permission Slip.

Please complete the following information:

Child's Name _____

_____ Yes, I would like my child to attend this program

_____ No, I do NOT want my child to attend this program

If you do not return this sheet, your child will attend the program with their class as scheduled.

Signed,

Signature of Parent or Guardian Date

Printed Name of Parent or Guardian

**Permiso para asistir
a un programa de educación
en salud reproductiva**

Querido Padre/Guardián:

Tu hijo está programado para asistir al programa _____ por
McMillen Health el _____. Una descripción del programa acompaña esta
hoja de permiso.

Por favor, completa la siguiente información:

Nombre del niño: _____

_____ Sí, me gustaría que mi hijo asista a este programa.

_____ No, NO quiero que mi hijo asista a este programa.

Si no devuelves esta hoja, tu hijo asistirá al programa con su clase según lo programado.

Firmado,

Firma del padre / guardián

Fecha

Nombre impreso del padre / guardián