

PASS Health Course Parent Permission**Form F**

Washington State PASS Program

Migrant Student Data, Recruitment and Support

810-B East Custer Avenue | Sunnyside, WA 98944

Phone: (509) 837-2712 or (800) 274-6084 | Email: pass@msdr.org | Fax: (509) 839-9017 | Website: www.msdr.org**TO BE ON FILE AT SCHOOL PER LOCAL POLICY****Health Course Parent Permission***El Curso De Salud – Permiso De los Padres***(Required for students 17 years of age and younger)***(Requerido para estudiantes menores de 18 años)***LETTER TO PARENT/CARTA AL PAPA, MAMA, O GUARDIÁN**DEAR/*Estimado*:_____
(Parent Name/*Nombre de Padre, Madre, ô Guardián*)

Your child _____ is attempting to enroll in a PASS Course in Health Education that requires your permission. Topics that will be covered include drugs, human reproduction, pregnancy, sexually transmitted diseases, and other topics of a very sensitive nature. *Su hijo/a, está tratando de inscribirse en el curso de salud de parte del Programa PASS. Éste curso requiere su permiso. Los temas van a incluir el estudio de drogas, reproducción humana, embarazo, enfermedades transmitidas sexualmente, y otros temas delicados.*

If you agree to have your child enroll in this course, please sign below. Your signature waives your rights to legal action regarding the curricula content of this course. *Si usted esta en acuerdo en que su hijo/a se inscriba en éste curso, por favor firme ésta forma.* *Con su firma, usted renuncia a sus derechos de tomar acción legal respecto al contenido de éste curso.*

Thank You / *Gracias*,_____
PASS Program Contact Person**PARENT WAIVER**

Yes, my child _____ has permission to enroll in the Health and Fitness PASS course. I attest that I am the parent or guardian of the child who is named above and have full right to grant permission for this child to enroll in the Health and Fitness PASS Course.

Sí, mi hijo/a _____ tiene permiso de inscribirse en el curso de salud de parte del Programa PASS. Yo declaro que soy el padre/madre or guardián del niño/a que está nombrado/a en esta forma y tengo el derecho de dar y doy permiso de que mi hijo/a se inscriba en la clase de salud.

Signature/*Firma*: _____ Date/*Fecha*: _____Printed Name/*Nombre*: _____