

DE QUEEN SCHOOL DISTRICT
OFFICE OF THE SCHOOL NURSES
233 TREATING PLANT ROAD
DE QUEEN, AR 71832

PHONE: 870-642-4272

FAX: 870-642-7454

School Immunization Clinic

In compliance with the Family Education Right to Privacy Act (FERPA) (20 U.S.C. 1232g; 34 CFR Part 99)

I, _____, give permission for my child,

Parent/Guardian Name

_____, to participate in the School Immunization

First and last Name

Clinic. I understand that the appropriate Arkansas Department of Health consent forms will be provided for my consideration prior to the clinic.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date Signed:** _____

Student's Grade: _____ **Homeroom Teacher:** _____

Clinica de Inmunizacion de la Escuela

En conformidad con el Derecho de Educacion Familiar a el Acto de Privacidad (FERPA) (20 U.S.C. 1232g; 34 CFR Dividen 99)

Yo, _____, concedo autorizacion para mi nino,

Nombre del Padre/Guardian

_____, para participar en la Clinica de Inmunizacion de

Primer y ultimo Nombre

la Escuela. Entiendo que las formas de consentimiento apropiadas del Departamento de Salud de Arkansas seran provistas para mi consideracion antes de la clinica.

Firma del Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____

Grado: _____ **Maestro/a:** _____