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 CRF 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: __________________________________