



# Fresno County Office Of Education

CALIFORNIA PASS PROGRAM • Migrant Education • Carol J. Lopez, State Director



## Permiso de Los Padres o Guardián

Estimado Señor/Señora

\_\_\_\_\_,  
*(Nombre)*

Su hijo/hija, \_\_\_\_\_ desea matricularse en el curso de **Salud** o **Elecciones Para La Vida**. Estos cursos contienen los siguientes temas:

- ✓ Drogas
- ✓ El sistema de reproducción del ser humano
- ✓ Embarazo
- ✓ Enfermedades transmitidas sexualmente

Algunos de estos temas son delicados en su contenido. Si usted está de acuerdo en que su hijo/hija se matricule en este curso, por favor firme abajo.

De acuerdo con el Código de Educación, esta documento de permiso debe archivar en la escuela.

Por Favor no lo envíe al Programa PASS



Sí, mi hijo/hija puede matricularse en el curso de **Salud** o **Elecciones Para La Vida**.

\_\_\_\_\_  
*(Firma de Padres o Guardián)*

\_\_\_\_\_  
*(Fecha)*