



YSLETA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT SCHOOL HEALTH ADVISORY COUNCIL HIV Prevention Awareness Program

Dear Parents/ Guardians,

Our campus will be hosting the *HIV Prevention* program, presented by an educator from the City Health Department. This is basic awareness program that addresses general health information about the disease, such as what it is and how it affects the body.

This program has been reviewed by the Ysleta School Health Advisory Council (SHAC) and reviewed by the Board of Trustees.

Your permission is required for your child to participate in this program.

The SHAC encourages parent involvement with this program. Parents may preview this program material on the following date(s):

Date: _____ Location: _____

Time: _____ Contact Person: _____

If you have questions or concerns, please call me at _____. Your cooperation is greatly appreciated. Thank you for your support in this matter.

Sincerely,

School Counselor

Physical Education Teacher

Student's Name: _____

_____ **I give** my permission for my child to participate in the *HIV Prevention Program*.

_____ **I do not give** permission for my child to in the *HIV Prevention Program*.

Parent/Guardian's Signature

Print Name

Date



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE YSLETA

CONSEJEROS DE SALUD DE LA ESCUELA

Programa de Información Sobre la Prevención del VIH

Estimados Padres/Tutores:

Nuestro plantel escolar tendrá el programa *HIV Prevention (Prevención del VIH)*, presentando por un educador del departamento de salud de la ciudad. Este es un programa de conciencia que cubre la información general sobre la enfermedad, como lo que es y cómo afecta el cuerpo.

Este programa ha sido repasado por el Concilio Consultor para la Salud Escolar de Ysleta (SHAC) y revisado por la mesa directiva.

Se requiere su permiso para que su hijo/hija participe en este programa.

SHAC recomiendan la participación de los padres en este programa. La presentación del programa para los padres será en la(s) siguiente(s) fecha(s):

Fecha: _____ Sitio: _____

Hora: _____ Persona de Contacto: _____

Si usted tiene alguna pregunta o preocupación, por favor llámeme al teléfono _____.
Apreciamos su cooperación. Gracias por su apoyo en este asunto.

Atentamente,

Consejero Escolar

Maestro de Educación Física

Nombre del Estudiante: _____

_____ **Doy** mi permiso para que mi hijo/hija participe en el programa *HIV Prevention*.

_____ **No doy** mi permiso para que mi hijo/hija participe en el programa *HIV Prevention*.

Firma del Padre/Tutor

Nombre en Letra de Molde

Fecha