

Spring Branch Independent School District
HEALTH SERVICES
Autorización de los Padres Para el Uso de Repelente de
Mosquitos por el Estudiante

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____

Escuela _____ Grado _____

Estoy solicitando que mi niño (a) sea permitido usar repelente de mosquitos durante las horas de escuela, de acuerdo con las especificaciones posteriores en orden de mantener la salud física de mi niño(a).

Nombre de Repelente _____

Frecuencia de uso _____

Loción Toallitas Otros _____

Información adicional relacionada a esta solicitud _____

Si hay evidencia de una reacción a esta repelente, por favor comuníquese conmigo de acuerdo con la información siguiente o con lo indicado en la tarjeta de emergencia archivada en la escuela.

Doy mi permiso para mi niño(a) use repelente de mosquitos de acuerdo con lo especificado anteriormente.

Padre/Guardian (Por favor use letra de imprenta)

Firma del Padre/Guardian

Dirección

Teléfono

Fecha

Información Importante para los Padres/Guardianes: La repelente listada anteriormente debe ser proporcionada por el padre/guardian y debe estar en el frasco original de manufactura con las instrucciones de dosificación en la etiqueta original.