

# *Parkers Chapel School District*

## SCHOOL IMMUNIZATION CLINIC (Information in English)

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  
First and Last name

School Immunization 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 \_\_\_\_\_

## CLINICA DE VACUNACION ESCOLAR (Información en Español)

De conformidad con el Acta del Derecho a Privacidad de Familia (FERPA) (20 U.S.C. 1232g; 34 CFR Part 99).

Yo, \_\_\_\_\_ le otorgo el permiso a mi hijo(a),  
Padre de familia / Responsable del menor

\_\_\_\_\_, para que participe en la Clínica de  
Nombre y Apellido

Vacunación Escolar. Entiendo que los formularios de consentimiento correspondientes del Departamento de Salud del estado de Arkansas me serán otorgados para verificarlos antes de la visita clínica.

Firma del Padre de Familia/ Responsable del menor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_