

# Parent's or Guardian Permission for Participation in an After-School Meeting/Activity

Dear Principal:

(Student's name) \_\_\_\_\_ has my permission to participate in the  
meeting/activity on \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ .  
Date Room # or Location

The meeting/activity will be after school from \_\_\_\_\_ p.m. to \_\_\_\_\_ p.m.

I will make sure that my child is picked up immediately after the meeting/activity.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Authorization Signature Date

**Eat Healthy. Be Active.**



For food stamp information, call 877-847-3663. Funded by the USDA Supplemental Nutrition Assistance Program, an equal opportunity provider and employer. •California Department of Public Health

# Parent's or Guardian Permission for Participation in an After-School Meeting/Activity

Dear Principal:

(Student's name) \_\_\_\_\_ has my permission to participate in the  
meeting/activity on \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ .  
Date Room # or Location

The meeting/activity will be after school from \_\_\_\_\_ p.m. to \_\_\_\_\_ p.m.

I will make sure that my child is picked up immediately after the meeting/activity.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Authorization Signature Date

**Eat Healthy. Be Active.**



For food stamp information, call 877-847-3663. Funded by the USDA Supplemental Nutrition Assistance Program, an equal opportunity provider and employer. •California Department of Public Health

# Permiso de los Padres o Tutores para la Participación en Reuniones/Actividades despues de Escuela

Estimado Director:

(Nombre del estudiante) \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para

participar en reuniones/actividades del \_\_\_\_\_ sus siglas en

Inglés) el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_. Las reuniones y  
Fecha Número del Salón o Ubicación

actividades serán después de escuela de \_\_\_\_\_ p.m. a \_\_\_\_\_ p.m.

Me aseguraré de recoger a mi hijo/a inmediatamente después de la reunión/actividad.

\_\_\_\_\_  
Firma de Autorización del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Eat Healthy. Be Active.**



For food stamp information, call 877-847-3663. Funded by the USDA Supplemental Nutrition Assistance Program, an equal opportunity provider and employer. •California Department of Public Health

# Permiso de los Padres o Tutores para la Participación en Reuniones/Actividades despues de Escuela

Estimado Director:

(Nombre del estudiante) \_\_\_\_\_ tiene mi permiso para

participar en reuniones/actividades del \_\_\_\_\_ sus siglas en

Inglés) el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_. Las reuniones y  
Fecha Número del Salón o Ubicación

actividades serán después de escuela de \_\_\_\_\_ p.m. a \_\_\_\_\_ p.m.

Me aseguraré de recoger a mi hijo/a inmediatamente después de la reunión/actividad.

\_\_\_\_\_  
Firma de Autorización del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Eat Healthy. Be Active.**



For food stamp information, call 877-847-3663. Funded by the USDA Supplemental Nutrition Assistance Program, an equal opportunity provider and employer. •California Department of Public Health