

Irving Independent School District – Clinic and Health Services
Health Education Notification & Permission – 4th grade

Dear Parent or Guardian: (Estimado Padre o Guardián:)

As part of the TEKS curriculum your child has the opportunity to participate in a health education class discussing physical and emotional changes that take place as they grow and develop. The students will be a part of a PowerPoint and/or video outlining the basic structures and functions of the human body and how they relate to personal health. The discussion includes information on personal hygiene/cleanliness, nutrition, sleep habits and the importance of exercise. Instruction will include information on protection from Bloodborne pathogens and communicable or non-communicable diseases. (Como parte del currículo TEKS su hijo tiene la oportunidad de participar en una clase de educación de salud discutiendo los cambios físicos y emocionales que ocurren a medida que crecen y se desarrollan. Los estudiantes serán parte de una presentación de PowerPoint y / o video delineando las estructuras básicas y funciones del cuerpo humano y cómo se relacionan con la salud personal. La discusión incluye información sobre higiene limpieza personal, nutrición, hábitos de sueño y la importancia del ejercicio. La instrucción incluirá información sobre la protección de los agentes patógenos transmitidos por la sangre y las enfermedades transmisibles o no transmisibles.)

Students will be directed and encouraged to have parents be their primary source of information and questions. (Los estudiantes serán dirigidos y alentados a que los padres sean su principal fuente de información y preguntas.)

If you would like to preview the PowerPoint, it can be found on the Irving Independent School District Health Services Department website. If you need further information, please contact the school nurse. (Si usted desea obtener una vista previa de PowerPoint, se puede encontrar en el sitio web de Irving Independent School District Departamento de Servicios de Salud. Si necesita más información, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela.)

Dates of instruction will be (Las fechas de instrucción serán) _____.

Permission for your child’s participation in this program is required. Complete this permission slip and return to your child’s teacher no later than _____ . If your child’s permission slip has not been turned in to the teacher, they will not be permitted to participate. (Se requiere permiso para la participación de su hijo en este programa. Llene este permiso y regreselo a la maestra de su hijo a más tardar en _____. Si la forma de permiso de su hijo no se ha entregado a la maestra, no se les permitirá participar.)

My child, (print child’s name) _____
(Mi hijo, (nombre del niño)

_____ **Yes, my child may attend this health education class described above.**
(Sí, mi hijo puede asistir a esta clase de educación de salud descrita anteriormente.)

_____ **No, my child may NOT attend this health education class described above.**
(No, mi hijo no puede asistir a esta clase de educación de salud descrita anteriormente.)

Parent/Guardian Signature _____
(Firma de padre/guardián)

Date _____
(Fecha)

Please sign and return to your child’s teacher
(Favor de firmar y regresar a la maestra de su hijo)

Irving Independent School District – Clinic and Health Services
Health Education Notification & Permission – 5th grade

Dear Parent or Guardian: (Estimado Padre o Guardián:)

As part of the TEKS curriculum your child has the opportunity to participate in a health education class discussing physical and emotional changes that take place in adolescents during puberty. The boys and girls will be separated for the instructional program. (Como parte del currículo TEKS su hijo tiene la oportunidad de participar en una clase de educación de salud de discutiendo los cambios físicos y emocionales que ocurren en los adolescentes durante la pubertad. Los niños y niñas serán separados para el programa de instrucción.)

The focus of the program is to educate students on the developmental changes occurring in their own bodies during puberty and the effects of harmful viruses on the body. We will discuss communicable and non-communicable diseases such as Hepatitis, Human Immunodeficiency Virus (HIV), fever blisters, common colds and influenza(flu). We will emphasize personal hygiene/cleanliness, good nutritional habits, protection from Bloodborne pathogens and how to maintain a healthy lifestyle. (El foco del programa es educar a los estudiantes sobre los cambios del desarrollo que ocurren en su propio cuerpo durante la pubertad y los efectos de los virus nocivos en el cuerpo. Vamos a discutir las enfermedades transmisibles y no transmisibles como la hepatitis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ampollas de fiebre, resfriado común y la influenza (gripe).)

Students will be directed and encouraged to have parents be their primary source of information and questions. (Los estudiantes serán dirigidos y alentados a que los padres a sean su principal fuente de información y preguntas.)

The video that will be shown is titled “Always Changing for Girls” OR “Always Changing for Boys” and can be found on the Irving Independent School District Health Services Department website. If you have further questions, please contact the school nurse. (El vídeo que se muestra se titula "Siempre Cambiando a muchachas" O "Siempre Cambiando a muchachos" y se puede encontrar en el sitio web de Irving Independent School District Departamento de Servicios de Salud. Si usted tiene más preguntas, por favor comuníquese con la enfermera escolar.)

Dates of instruction will be (Las fechas de instrucción serán) _____.

Permission for your child’s participation in this program is required. Complete this permission slip and return to your child’s teacher no later than _____. **If your child’s permission slip has not been turned in to the teacher, they will not be permitted to participate.** (Se requiere permiso para la participación de su hijo en este programa. Llene este permiso y regreselo a la maestra de su hijo a más tardar en _____. Si la forma de permiso de su hijo no se ha entregado a la maestra, no se les permitirá participar.)

My child, (print child’s name) _____
(Mi hijo, (nombre del niño)

_____ **Yes, my child may attend this health education class described above.**
(Sí, mi hijo puede asistir a esta clase de educación de salud descrita anteriormente.)

_____ **No, my child may NOT attend this health education class described above.**
(No, mi hijo no puede asistir a esta clase de educación de salud descrita anteriormente.)

Parent/Guardian Signature _____
(Firma de padre/guardián)

Date _____
(Fecha)

Please sign and return to your child’s teacher
(Favor de firmar y regresar a la maestra de su hijo)