

PROGRESO^{ISD}

Please sign and date this form if you give Progreso ISD permission to train your child in “Stop the Bleed” training.

**** You do not need to return this form if you DO NOT give Progreso ISD permission to teach your child “Stop the Bleed” training. ****

STUDENT NAME: _____ ID #: _____

Online Course Completion Date: _____

Parent/Guardian Name (print): _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Return this permission slip to your school nurse after completing the online training.

Sincerely,
Progreso ISD Health Services



PROGRESO[®] ISD

Padres o Tutores,

Por favor firme y feche este formulario si le da permiso a Progreso ISD para capacitar a su niño en el entrenamiento "Stop the Bleed".

***** No es necesario que devuelva este formulario si NO le da permiso a Progreso ISD para enseñarle a su hijo el entrenamiento "Stop the Bleed". *****

Nombre Del Estudiante: _____

Identificacion #: _____

Fecha de finalización del curso en línea: _____

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____

Devuelva esta hoja de permiso a la enfermera de su escuela después de completar el curso en línea.

Atentamente,

Progreso ISD Health Services

