



Habersham Ninth Grade Academy

171 Raider Circle • Mt. Airy, GA 30563
Phone 706-778-0830 • Fax 706-778-0848

ENCUESTA DE SALUD DEL ESTUDIANTE FORMULARIO PERMISO DE PADRES

Estimado Padre/Guardián,

Para poder proveer los recursos más efectivos de prevención de drogas y violencia y/o actividades para su hijo/a, el Programa Escuelas y Comunidades Seguras y Libres de Drogas Título IV reúne información de encuestas que se les ofrece a los estudiantes en varios niveles de grado durante el año escolar. La encuesta tomará aproximadamente 20 minutos para completarse, es totalmente anónima y voluntaria y los estudiantes tienen el derecho de "no tomar la encuesta." La encuesta pide respuestas que conciernen a la participación del estudiante en abuso de sustancias, situaciones violentas, condiciones de la escuela y nutrición.

Los datos recopilados se utilizarán para identificar áreas críticas de necesidad en nuestro esfuerzo para las Escuelas Seguras y Libres de Drogas. Datos proveídos en esta encuesta provee información/datos que:

- Cumplen con los requisitos de reunir datos ordenados por la ley Que Ningún Niño se Quede Atrás Título IV;
- Ayuda a mantener el ambiente de la escuela libre de drogas y violencia;
- Promueve un ambiente en el salón de clases que permite a los maestros enseñar y a los estudiantes aprender y
- Desarrolla y ofrece experiencias que involucran a los estudiantes en aplicar los conceptos de tomar una decisión saludable, aceptar responsabilidad por su comportamiento y entender las consecuencias.

Nuestro deseo es involucrar a padres en la educación de sus niños. Si usted **no desea** que su hijo/a participe en esta actividad importante, por favor firme y devuelva este formulario a la escuela para el 11 de Noviembre 2016. Si usted desea examinar la encuesta, por favor venga a la escuela entre el 5 y el 11 de Noviembre y con gusto le provereemos una copia.

Sinceramente,

Connie Franklin, Directora

NO DEVUELVA esta hoja si su hijo/a tiene permiso de participar en esta encuesta.

Por favor firme esta hoja y devuélvala a la escuela para el 11 NOVIEMBRE. Solo si usted **NO desea** que su hijo/a participe.

Yo preferiría que mi hijo(a) no participe en la Encuesta de Salud del Estudiante.

Estudiante _____
Maestro(a) de clase _____
Firma de padre/guardián _____

Fecha _____

Connie Franklin, Principal

"Tradition and Excellence"