

VAN BUREN SCHOOL DISTRICT HEALTH SERVICES

Return these forms only if you **DO NOT** want your child to participate in one or both of the screenings

BMI SCREENING

Act 1220 of 2003, is an act passed by the Arkansas General Assembly to coordinate statewide efforts to combat childhood obesity and related illnesses and to improve the health of the next generation of Arkansans.

Sometime during the school year, the District nurses will conduct this **BMI** screening. This screening will be done at each individual school and every effort to protect your child's privacy will be taken. You will be notified when the results are available.

If you want your child to participate, do nothing. If you do **NOT** want your child to participate in this screening process, fill out the form below and return to your child's school tomorrow. If you have any questions, contact your school nurse.

I **DO NOT** want my child _____ to participate in the BMI screening process.

Parent Signature

STAR/Homeroom Teacher

Grade

SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO ESCOLAR DE VAN BUREN

Regrese estos formularios únicamente si Usted **NO QUIERE** que su hijo participe en una o ambas evaluaciones

EVALUACION BMI

El acta 1220 del 2003, es una acta emitida por la Asamblea General de Arkansas, para coordinar los esfuerzos a nivel estatal para combatir la obesidad de los niños y las enfermedades relacionadas con la obesidad y para mejorar la salud de las próximas generaciones de los habitantes de Arkansas.

Antes de que termine el año escolar, las enfermeras del Distrito conducirán la evaluación **BMI**. Esta evaluación se llevará a cabo en todas las escuelas individualmente y haremos todos los esfuerzos posibles para proteger la privacidad de su hijo. Nosotros le notificaremos cuando tengamos los resultados.

Si Usted quiere que su hijo participe en esta evaluación, por favor tire esta página a la basura. Por el contrario, Si Usted **NO** quiere que su hijo participe en este proceso de evaluación, llene el formulario y regréselo a la escuela de su hijo el día de mañana. Si Usted tiene alguna pregunta, comuníquese con la enfermera de la escuela de su hijo.

YO NO QUIERO que mi hijo _____ participe en el proceso de evaluación **BMI**.

Firma del Padre de Familia

Maestro Titular o Maestro del 1er periodo

Grado