**PARENT’S CONSENT FORM FOR MILK FEEDING PROGRAM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pangalan ng Paaralan |  | School ID |  |
| Division |  | Rehiyon |  |

Mahal na magulang/ tagapangalaga,

Bilang bahagi ng pagtugon ng pamahalaan sa mataas na bilang ng mga batang mababa ang timbang, ang Kagawaran ng Edukasyon ay magsasagawa ng *Milk Feeding Program* sa mga mag-aaral na mababa ang timbang mula Kindergarten hanggang sa Baitang Anim (6) sa lahat ng mga pampublikong paaralan sa buong bansa. Ang gatas na ibibigay ay libre at walang bayad.

Kaugnay nito, hinihiling namin ang inyong pakikiisa na ibigay sa amin ang mga sumusunod na impormasyon patungkol sa inyong anak upang ang inyong anak/alaga ay mapabilang sa mga batang bibigyan ng gatas sa loob ng \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) araw. Ngunit ang inyong anak/alaga ay maaring makaranas ng pagsakit panandalian ng tiyan at pagdumi pagkatapos uminom dulot ng tinatawag na *“Lactose Intolerance”* sa mga unang araw ng paginom ng gatas*.* Aming tinitiyak na ang gatas na ibibigay sa inyong mga anak/alaga ay bago at ligtas inumin.

Gumagalang,

**Punongguro ng Paaralan**

**PAGSANG-AYON AT PAHINTULOT NG MAGULANG**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pangalan ng Bata |  | | | | |
| Kapanganakan |  | Age |  | LRN |  |
| Class Adviser |  | | | Baitang |  |
| Pangalan ng Magulang o Tagapangalaga |  | | | | |

**KASAYSAYAN NG SAKIT AT PAG INOM NG GATAS**

1. Anong gulang o edad huling uminom ng gatas ng inyong anak/alaga?

Taong gulang o edad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Sa inyong obserbasyon, sumakit ang tiyan, dumumi o mga kakaibang naramdaman ang inyong anak pagka inom ng gatas?

[ ] Oo – mga sintomas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] Hindi

1. Ang inyong anak ay mayroong allergy sa gatas?

[ ] Meron

[ ] Wala

**PAGBIBIGAY NG PAHINTULOT SA PAGSALI NG INYONG ANAK O ALAGA SA MILK FEEDING PROGRAM**

**(Lagyan ng tsek ang kahon sa ibaba)**

Oo, sumasang-ayon ako na mapasali ang aking anak sa Milk Feeding Program sa loob ng \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_) araw. Nauunawaan ko ang impormasyon tungkol sa gatas at ang kahalagahan ng paginom ng gatas ay makakabuti sa kalusugan at nutrisyon ng aking anak/alaga. Naipaliwanag nang mabuti ang mga impormasyon tungkol sa libreng gatas na isasagawa ng Kagawaran ng Edukasyon.

Hindi ako sumasang-ayon na mapasali ang aking anak sa Milk Feeding Program.

Dahilan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Buong Pangalan at Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga