



HEALTH SERVICES

Midland Independent School District
615 W. Missouri Ave., Midland, TX 79701
432-240-1000 • midlandisd.net

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

**** You do not need to return this form if you DO NOT give Midland 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,
Midland ISD Health Services





HEALTH SERVICES

Midland Independent School District
615 W. Missouri Ave., Midland, TX 79701
432-240-1000 • midlandisd.net

Padres o Tutores,

Por favor firme y feche este formulario si le da permiso a Midland 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 Midland 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,

Midland ISD Health Services

