

Permiso Para La Aplicación De Protección Solar

Nombre del Niño/a: _____

Como el padre/ guardián del niño arriba mencionado, reconozco que demasiada exposición a los rayos ULTRAVIOLETA puede aumentar el riesgo de mi niño de tener cáncer de piel algún día. Por lo tanto, doy permiso al personal de:

 (nombre del centro de cuidado de niño)

de aplicar un producto de protección solar que es de amplia gama con SPF 15 o más alto a mi niño, según lo especificado abajo, cuando él o ella estén jugando afuera, especialmente durante los meses de marzo a octubre y durante el día entre las horas de las 10 de la mañana y las 4 de la tarde. Entiendo que la protección solar se puede aplicar a la piel que está expuesta, incluyendo pero no limitado a la cara (excepto los párpados), a la parte superior de los oídos, a la nariz, a los hombros desnudos, a los brazos y a las piernas.

He comprobado y firmado con iniciales debajo toda la información aplicable con respecto a la opción del programa del cuidado de niños en cuanto a marca/tipo y el uso de protección solar para mi niño/a.

Por favor observe que para los programas de edad escolar del verano se pide a los padres que suministren protección solar para su niño/a (niños/as).

- Yo no conozco ninguna alergia que tenga mi niño/a a la protección solar.
- Mi niño es alérgico a algunas protecciones solares. Yo voy a traer protección solar para mi niño/a.
- El personal del centro puede utilizar la protección solar que ha elegido para el centro siguiendo las direcciones y las recomendaciones impresas en el envase.
- Por razones médicas u otras razones, por favor NO aplique protección solar en las siguientes áreas del cuerpo de mi niño/a: _____

Nombre del Padre/ Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/ Guardián: _____

NOTA: ¡NO CONFÍE SOLAMENTE EN LA PROTECCIÓN SOLAR PARA PROTEGER A LOS NIÑOS DEL CÁNCER DE PIEL!