



Palo Alto Community Child Care

COVID-19 NORMATIVA DE PROTECTOR SOLAR

Nombre del Niño

Centro de PACCC

Como padre / guardián del niño mencionado, reconozco que una exposición excesiva a los rayos UV puede aumentar el riesgo de que mi hijo tenga cáncer de piel algún día. Por lo tanto, entiendo la importancia del uso de protector solar cuando mi hijo juegue afuera, especialmente durante los meses de marzo a octubre y entre el horario diario de 10:00 a.m. a 4:00 p.m.

NOTA: Durante COVID-19, se les pide a los padres que proporcionen protector solar para uso exclusivo de sus hijos y aplique la primera aplicación antes de dejar a sus hijos.

Por favor verifique **toda** la información aplicable a continuación con respecto a las aplicaciones de protector solar para su hijo.

_____ Estoy de acuerdo con el uso de protector solar para mi hijo, y proporcionaré un protector solar de amplio espectro con SPF 15 o superior para uso exclusivo de mi hijo.

_____ No conozco ninguna alergia que mi hijo tenga al protector solar.

_____ Aplicaré la primera aplicación de protector solar a mi hijo antes de dejarlo.

_____ Doy permiso al personal de PACCC para volver a aplicar protector solar según sea necesario durante todo el día a la piel expuesta, incluidos, entre otros, la cara (excepto los párpados), la parte superior de las orejas, la nariz, los hombros desnudos, brazos y piernas.

_____ *Solo Programas Para Niños en Edad Escolar:* Doy permiso a mi hijo para volver a aplicar su propio protector solar cuando sea necesario durante todo el día.

_____ Por razones médicas o de otro tipo, por favor NO aplique protector solar en las siguientes áreas del cuerpo de mi niño: _____

Nombre Padre/Guardián (ESCRIBA CLARAMENTE)

Firma del Padre/Guardián

Fecha

NO CONFÍE SOLAMENTE EN LA PROTECTOR SOLAR PARA PROTEGER A LOS NIÑOS DEL CÁNCER DE PIEL