

# Little Sweet Angel

31-15 140<sup>th</sup> St, Flushing, NY 11354

Email: nycsweetangels@gmail.com Phone: 917-678-0675

## PARENTS CONSENT FOR STUDENT PICK-UP Consentimiento de los padres para recoger al estudiante

### STUDENT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE)

Last Name (**Apellido**): \_\_\_\_\_ First Name (**Primer nombre**): \_\_\_\_\_

Public School: \_\_\_\_\_ **214** \_\_\_\_\_

Grade (**Calificación**): \_\_\_\_\_ Class (**Clase**): \_\_\_\_\_

Teacher's Name (**Nombre del profesor**): \_\_\_\_\_

### AUTHORIZATION (AUTORIZACIÓN)

I, \_\_\_\_\_ as the parent/legal guardian of **Como madre / tutor legal de**  
(Print Parent/guardian Name **Nombre en letra de imprenta del padre / tutor**)

\_\_\_\_\_, hereby give permission to **por la presente otorgo permiso a**  
(Print Student's Name **El nombre del estudiante**)

Little Sweet Angel after school program **recoger a mi hijo en la escuela de mi hijo entre este año escolar.**

Parent Signature: \_\_\_\_\_  
**Firma de los padres**

Date: \_\_\_\_\_  
**Fecha**