



PARENT PERMISSION SLIP FOR IMMUNIZATIONS

To Whom It May Concern:

I, _____ am giving permission to _____
Parent / Legal Guardian Name (First, Last) Responsible Party Name (First, Last)

To take my child, _____
Child's Name (First, Last)

For:	☐ Recommended Immunizations	☐ Required Immunizations
	☐ Both – Required/Recommended Immunizations	☐ TB Testing

To be given by Kern County Public Health Services Department. This permission is to be effective for one week following the date of my signature. I have included a copy of my signed ID/Driver's License.
If legal guardian, I have also included a copy of paperwork granting guardianship.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date: _____

Kern County Public Health Services Department 1800 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306 (661) 321-3000



HOJA DE PERMISO DE LOS PADRES PARA VACUNAS

A quien corresponda:

Yo, _____ Doy permiso a _____
Nombre de Padre/Tutor Legal (Nombre, Apellido) Nombre de La Persona Responsable (Nombre, Apellido)

Para llevar a mi hijo/a _____
Nombre del niño/a

Para:	☐ Vacunas Recomendadas	☐ Vacunas Requeridas
	☐ Ambas: Vacunas Requeridas y Recomendadas	☐ Prueba de Tuberculosis

Que será administrado por el Departamento de Servicios de Salud Pública del Condado de Kern. Este permiso tendrá vigencia durante una semana después de la fecha de mi firma. He incluido una copia de mi identificación/licencia de conducir firmada. Si soy tutor legal, también he incluido una copia de la documentación que otorga la tutela.

Firma del Padre/Tutor Legal _____ Fecha: _____

Departamento de Servicios de Salud Pública del Condado de Kern 1800 Mt. Vernon Ave. Bakersfield, CA 93306 (661) 321-3000