



The Antmound Foundation Parent Consent:

Dear Parent/ Guardian,

The Antmound Foundation has launched a program for the youth in our community. This program is aimed at helping our youth to connect with and learn from trusted adults who will be able to educate them and learn about the workforce. We have assembled a group of professionals in the community who have a desire to help and give back to our community. Your child has expressed a desire to join the Antmound to participate in projects around the city. To establish a healthy environment for your child, we need to have parent/ guardian consent which serves as a formal authorization. Please complete the information below and we will be in contact with more details.

Participant name _____

By signing below, I agree to allow the above-named student to participate in the program.

Parent/Guardian Contact Information:

Parent printed name _____

Parent signature _____

Phone number _____ **Email address** _____

Participant medical concerns _____



Consentimiento de los padres de la Fundación Antmound:

Estimado Padre / Tutor,

La Fundación Antmound ha lanzado un programa para los jóvenes de nuestra comunidad. Este programa tiene como objetivo ayudar a nuestros jóvenes a conectarse y aprender de adultos de confianza que podrán educarlos. Hemos reunido a un grupo de profesionales en la comunidad que tienen el deseo de ayudar y retribuir a nuestra comunidad. Su hijo ha expresado su deseo de unirse a la Fundación Antmound para participar en proyectos en la ciudad. Para establecer un ambiente saludable para su hijo, necesitamos el consentimiento de los padres/tutores, que sirve como autorización formal. Complete la información a continuación y nos pondremos en contacto con más detalles.

Nombre del participante: _____

Al firmar a continuación, acepto permitir que el estudiante mencionado anteriormente participe en el programa.

Información de contacto del padre/tutor:

Nombre del padre en letra de imprenta: _____

Firma de los padres: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Inquietudes médicas del participante: _____