

Encuesta sonrisas saludables 2026–2027 de Wisconsin: Opción de exclusión individual

(2026–2027 Wisconsin Healthy Smiles Survey: Individual Opt-Out)

Al completar este formulario, reconozco que no quiero que mi hijo estudiante participe en la Healthy Smiles Survey (encuesta sonrisas saludables) 2026–2027 de Wisconsin.

Por favor envíe este formulario a: _____

Apellido del hijo estudiante: _____

Nombre del hijo estudiante: _____

Porfavor marque la casilla siguiente:

No, no autorizo a mi hijo estudiante para participar en el examen de salud bucal.

Firma — Padre o tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ **Fecha de la firma:** _____