

**Encuesta sonrisas saludables 2024–2025 de Wisconsin:
Opción de exclusión individual
(2024–2025 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) 2024–2025 de Wisconsin.

Por favor envíe este formulario a:

Apellido del hijo estudiante: _____

Nombre del hijo estudiante: _____

Por favor marque la casilla siguiente:

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

FIRMA – Padre o tutor	Fecha de la firma
Nombre en letra de imprenta _____ _____ _____	

