



*P.S. It's My Body!*

Programa de Seguridad Personal

## Forma de Consentimiento

---

Mi hijo/hija, \_\_\_\_\_, tiene mi  
(nombre del niño)  
permiso de participar en la clase de Seguridad Personal que se llebara acabo:

Fecha: \_\_\_\_\_

Tiempo: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Yo entiendo qe mi hijo/hija recibira informacion concerniente a como reconocer, rêsistir, y reportar el abuso y que esto incluye aprender los terminos correctos de las partes privadas del cuerpo, cual facilita hacer un reporte a las autoridades. El contenido de este programa es disenado para ayudarle a los ninos mantenerse salvos y protejidos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(padre/tutor)

Para mas informacion, llame a Enrique Aviles, Especialista de Prevencion, al (520) 319-5511, [eviles@sozadvocacy.org](mailto:eviles@sozadvocacy.org)

Southern Arizona Children's Advocacy Center P.O. Box 43918 Tucson, AZ 85733 (520) 319-5511