

Haynes CES
6624 Lockhurst Dr.
West Hills, CA 91310

**PARENT CONSENT FORM
ELO-ENRICHMENT ACTIVITY**

To the Parent/Guardian of: _____ Date: _____

Student's Name _____

Date of Birth _____

Grade _____

Home Room # _____

Your child is invited to participate in the Futa Tora performance by the Music Center. **Expanded Learning Opportunities Program (ELOP)**. By participating, your child will have access to enrichment activities that promote creativity, teamwork, wellness, and personal growth, helping them thrive both inside and outside the classroom.

Program Dates: February 12, 2026 _____ Days & Time: Friday, 3:00-5:00pm _____

Program Room#: Auditorium _____ Program Teacher: Jennifer Best _____

Please complete the information below and return this form to your child's teacher. We look forward to your child's participation in this program.

Sincerely,

Principal's Signature

Date

Return to: Mrs. Best

Parent/Guardian Statement:

I have received and understand the information regarding the **Futa Tora** Program. I understand that my child is being provided this opportunity to strengthen skills, build confidence, and support their academic success.

- Yes, I give permission for my child to attend.
- No, I do not give permission for my child to attend.

Student's Name (Please Print): _____ Date : _____

Parent/Guardian Signature: _____

Parent/Guardian Contact Number: _____

SCHOOL NAME

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES
ACTIVIDAD DE ENRIQUECIMIENTO ELO**

Al padre/madre o tutor de:

Fecha:

(Student's Name)

(Date of Birth)

(Grade)

(Home Room #)

Su hijo está invitado a participar en el Programa de Oportunidades de Aprendizaje Ampliado (ELOP) [\[NOMBRE ESPECÍFICO DEL PROGRAMA AQUÍ\]](#). Al participar, su hijo tendrá acceso a actividades enriquecedoras que promueven la creatividad, el trabajo en equipo, el bienestar y el crecimiento personal, lo que le ayudará a prosperar tanto dentro como fuera del aula.

Fecha del Programa: _____ Días y Horas: _____

#Salon del Programa: _____ Maestro del Programa _____

Por favor complete la información a continuación y devuelva este formulario al maestro(a) de su hijo(a). La asistencia diaria es fundamental, y esperamos con entusiasmo la participación de su hijo(a) en este programa.

Sinceramente,

Firma del Director(a)

Fecha

Devuelto a:

He recibido y comprendido la información relativa al programa [\[NOMBRE ESPECÍFICO DEL PROGRAMA AQUÍ\]](#). Entiendo que a mi hijo se le brinda esta oportunidad para fortalecer sus habilidades, desarrollar su confianza y apoyar su éxito académico.

Si, doy permiso para que mi hijo(a) asista.

No, no doy permiso para que mi hijo(a) asista.

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____

Número de teléfono: _____