CASSIA SCHOOL DISTRICT NO. 151
3650 OVERLAND AVE. • BURLEY, ID 83318-2444 • (208) 878-6600 • FAX (208) 878-4231

Dear Parents/Guardians,

The 4th grade Maturation Program will be held in the classrooms, on November 24th at 2:00 pm. This program is not co-educational.

Goals of the Program:

To increase students' understanding of the basic and normal process of growing-up.

To facilitate open and factual information among students and adults. We will be encouraging your child to turn to you for further information and guidance.

To contribute in a positive manner, to the growth of maturity and responsibility in becoming young adults.

Classes will be conducted by the school nurses and the school counselor.

Sincerely,
Laurie Stimpson, RN, Rosa Martinez, RN, Stephanie Christensen, RN, and School Counselors

---

***Please complete the following form and return it to the school one week prior to the program date.

_____ Yes, I would like my child to attend.
_____ No, I would prefer my child not attend.

Child's Name:_____

Parent/Guardian's Signature:

_____

Estimados padres/tutores:

El Programa de Maduración de Grado 4° se llevará a cabo en los salones, el Noviembre 24 a las 2:00 pm. Los estudiantes serán separados, niños y niñas.

Objetivos del Programa:

- Aumentar la comprensión de los estudiantes sobre el proceso básico y normal del crecimiento.
- Para facilitar información abierta y objetiva entre estudiantes y adultos, animaremos a su hijo a acudir a usted para obtener más información y orientación.
- Contribuir de manera positiva al crecimiento de la madurez y responsabilidad en la formación de jóvenes a adultos.

Las clases serán conducidas por las enfermeras escolares y los consejeros escolares.

Atentamente,
Laurie Stimpson, RN, Rosa Martinez, RN, Stephanie Christensen, RN, y consejeros escolares

_ ...

***Complete el siguiente formulario y devuélvalo a la escuela una semana antes de la fecha del programa.**

Formulario de consentimiento

_____Sí, me gustaría que mi hijo/hija asistiera.
_____No, preferiría que mi hijo/hija no asistiera

Nombre del niño/niña:_____

Firma del padre/tutor: _____