Union ***Paws for U***
Parent Permission

It is the mission of ***Paws for U***, Union Public Schools Therapy Dog Programming, to provide emotional, social, and academic support through the introduction and interaction of therapy certified dogs in Union Public Schools. Through this program students, teachers, and guests have the opportunity to interact with therapy dogs. This approach has proven to improve student motivation and foster academic success, while lowering stress and anxiety.

Our goal at Union Public Schools is to provide this service to students and teachers throughout the school year. Handlers will follow an approved schedule and will only work in specifically designated areas of the building. We understand and respect that some students and teachers may choose not to participate in this program, due to individual preference, medical need, or personal beliefs. For this reason, we ask that parents/guardians complete this form to indicate whether their children may take part in the ***Paws for U*** program.

My child, _____, is in _____'s class.

He/She **has my permission** to interact with therapy dogs by:

- ❏ Petting, playing, reading, and interacting with a therapy dog in the room.
- ❏ Being in the same room as a therapy dog, but not touching it.

He/She **may not participate** in this program:

- ❏ I do not want my child to be in the same room with, or to have any contact with, a therapy dog.

We recognize that some students have dog allergies, which might limit or prevent their interaction with therapy dogs. If this applies to your child, we will need additional information to meet their health needs. If your child has an allergy to dogs, please indicate this below and provide a brief description of their allergy concerns.

- ❏ My child has an allergy related to dogs.

Please describe the level of allergy needs, the triggers related to this allergy, and how that would affect your choice of interaction you chose above. *(ie. My child gets a runny nose if she pets a dog for a long period of time, but can be in the same area for a short time with no problem.)*

_____

_____

Parent name: _____(Please print.)

Parent Signature: _____ **Date:** _____

Union ***Paws for U***
Permiso de los padres

Es la misión de ***Paws for U***, el Programa de Perros de Terapia de las Escuelas Públicas de Union, proporcionar apoyo emocional, social y académico a través de la introducción e interacción con perros de terapia certificados en las Escuelas Públicas de Union. A través de este programa, estudiantes, maestros e invitados tienen la oportunidad de interactuar con perros de terapia. Este enfoque ha demostrado mejorar la motivación de los estudiantes y fomentar el éxito académico, al mismo tiempo que reduce el estrés y la ansiedad.

Nuestro objetivo en las Escuelas Públicas de Union es proporcionar este servicio a estudiantes y maestros a lo largo del año escolar. Los encargados seguirán un horario aprobado y solo trabajarán en áreas específicamente designadas del edificio. Entendemos y respetamos que algunos estudiantes y maestros pueden elegir no participar en este programa, debido a preferencias individuales, necesidades médicas o creencias personales. Por esta razón, pedimos a los padres/tutores que completen este formulario para indicar si sus hijos pueden participar en el programa Paws for U.

Mi hijo/a, ***, está en la clase de*** .
Él/Ella tiene mi permiso para interactuar con perros de terapia de la siguiente manera:

- Acariciando, jugando, leyendo e interactuando con un perro de terapia en la sala.
- Estando en la misma sala que un perro de terapia, pero sin tocarlo.

Él/Ella no puede participar en este programa:

- No quiero que mi hijo/a esté en la misma sala que, o tenga contacto con, un perro de terapia.

Reconocemos que algunos estudiantes tienen alergias a los perros, lo que podría limitar o prevenir su interacción con los perros de terapia. Si esto aplica a su hijo/a, necesitaremos información adicional para satisfacer sus necesidades de salud. Si su hijo/a tiene alergia a los perros, por favor indíquelo a continuación y proporcione una breve descripción de sus preocupaciones sobre la alergia.

- Mi hijo/a tiene una alergia relacionada con los perros.

Por favor, describa el nivel de necesidades relacionadas con la alergia, los desencadenantes relacionados con esta alergia y cómo eso afectaría su elección de interacción que eligió arriba. (*Ej. Mi hijo/a tiene moqueo si acaricia a un perro por un largo período de tiempo, pero puede estar en la misma área por un corto tiempo sin problema.)*

Nombre del padre: _____(Por favor, escriba.)

Firma del
padre: _____ Fecha:_____