



# Health Service

---

Telephone: 847-424-7260  
Fax: 847-424-7254

EVANSTON TOWNSHIP HIGH SCHOOL  
1600 Dodge Avenue  
Evanston, Illinois 60201

## Health Service Elevator Key Permission Form

I, \_\_\_\_\_, give permission for  
name of parent or guardian

\_\_\_\_\_ to use the elevator. I understand  
student name

that I am responsible for a \$50.00 fee if the key is not returned to Health

Service for any reason. I authorize the Health Services to send me text messages to the  
number listed below for reminder purposes. Messages will be sent thru the Remind.com  
application. Text will also be sent to your child.

Parent Name Printed: \_\_\_\_\_

Best Contact Number: \_\_\_\_\_

---

signature of parent or guardian

today's date



# Health Service

Telephone: 847-424-7260  
Fax: 847-424-7254

EVANSTON TOWNSHIP HIGH SCHOOL  
1600 Dodge Avenue  
Evanston, Illinois 60201

## Formulario de Permiso del Servicio de Salud para Llave del Elevador

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para que  
Nombre del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_ use la llave del elevador. Entiendo que  
Nombre del estudiante

soy responsable de una cuota de \$50.00 dolares si la llave no es devuelta al Servicio de Salud por cualquier razón. Entiendo que con esto doy consentimiento para que Servicios de Salud se comunique conmigo por medio de textos para recordatorias que tengan que ver con la llave del elevador. Los mensajes serán enviados por medio de la aplicación de Remind.com. Mensajes también serán enviados al estudiante.

Nombre de Padres/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
fecha de hoy