



Exención de Instrucción de Salud Sexual para Estudiantes

Deseo solicitar que mi(s) estudiante(s) sean excluidos de toda o parte de la instrucción de salud sexual del distrito.

Nombre del estudiante (Escrito)

Escuela

Grado

Instrucción por excluir: Toda _____ Parte _____

Si desea omitir parte de la instrucción planeada, por favor especifique la(s) lección/lecciones:

___ Sistema Reproductivo y Embarazo ___ Embarazo

___ Orientación Sexual e Identidad de Género ___ Deshaciendo Estereotipos de Género

___ Relaciones Sanas ___ Coerción y Consentimiento ___ Seguridad Online ___ Abstinencia

___ Métodos de Prevención Sexual ___ Prevención de VIH y otras ETS

___ Condones Para Prevenir Embarazo, VIH, ETS ___ Comunicación y Toma de Decisiones

___ Mejorar la Salud Escolar

Nombre de Padre o Guardián (Escrito) _____

Firma de Padre o Guardián _____

Fecha _____

Padre/Guardián: Regrese el formato al maestro de salud de su estudiante.

Staff: Please copy this form for your records and *send the original* to: Jill Barrett @ DSL