



**Carta de aceptación o exclusión voluntaria para padres de escuela secundaria**

**ESTE FORMULARIO DEBE COMPLETARSE ANUALMENTE. Fecha de las clases: miércoles, 21 de mayo.**

Estimado padre/tutor:

Nos complace ofrecer clases de Salud Reproductiva para estudiantes de secundaria. Este programa, aprobado por el Departamento de Educación de Florida, es impartido por miembros del equipo de Servicios de Salud. El objetivo de nuestro programa es ayudar a los estudiantes a convertirse en adultos sanos y responsables que puedan gestionar positivamente su desarrollo mental, físico y social. **CREEMOS QUE LOS PADRES SON LOS PRINCIPALES EDUCADORES DE SUS HIJOS.** El propósito de nuestro programa es complementar sus esfuerzos.

**Durante esta instrucción, se abordarán los siguientes temas. Como padre/tutor, usted tiene el derecho de aceptar o rechazar a su estudiante. Los estudiantes que hayan optado por no participar no participarán en las clases y se les asignará trabajo alternativo en un lugar separado.**

Lecciones de sexto grado	Lecciones de séptimo grado	Lecciones de octavo grado
Convertirse en adulto (Pubertad/Niñas y Pubertad/Niños) (Lección de 2 partes)	Sistemas reproductores masculino y femenino	Sistema reproductor masculino y femenino (Revisión)
Crecimiento y desarrollo fetal (Lección sobre fertilización)	Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA (lección de 2 partes)	Consecuencias del embarazo adolescente
El cuerpo combate la enfermedad (VIH)		Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA
		Violencia y abuso en el noviazgo adolescente
		Trata de personas

Para revisar el contenido del currículo, visite <https://www.lwcharterschools.com/healthcurriculum>. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre el contenido del currículo, comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud de LWCS al (863) 456-4484.

Indique si su hijo/a participará o no en este currículo. Complete y devuelva este formulario a la escuela de su hijo/a a más tardar el martes 20 de mayo. Los estudiantes que no hayan entregado el formulario no participarán en las clases.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela: Bok Academy South Grado: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

- NO DESEO QUE MI HIJO PARTICIPE EN LAS LECCIONES DE SALUD APROBADAS POR FLDOE.
- DESEO QUE MI HIJO PARTICIPE EN LAS LECCIONES DE SALUD APROBADAS POR FLDOE.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor y nombre impreso

\_\_\_\_\_  
Fecha