

Request to Excuse Student from HIV/AIDS Prevention Education (KNOW) and/or the Family Life and Sexual Health Unit (F.L.A.S.H.)

Семейный Запрос на Освобождение Ученика от Занятий по Предотвращению ВИЧ/СПИДа (KNOW) и/или Занятий о Семейной Жизни и Сексуальном Здравье (F.L.A.S.H.)

Я ознакомился с материалами занятий о Семейной Жизни и Сексуальном Здравье (FLASH) и по предотвращению ВИЧ/СПИДа (KNOW). Я понимаю, что я могу отказаться от участия моего ученика в занятиях KNOW и/или FLASH по полной программе (от целой темы) или отказаться от определенных уроков в любом из учебных материалов.

- Я не хочу, чтобы мой ребенок принимал участие в занятиях о Семейной Жизни и Сексуальном Здравье (репродукция/ подростковый возраст) для ____ класса. Я прошу освобождения от посещения ЦЕЛОЙ программы. Я понимаю, что им будет предложено альтернативное задание.

ИЛИ

- Я не хочу, чтобы мой ребенок принимал участие только в ЧАСТИ программы о Семейной Жизни и Сексуальном Здравье (репродукция/ подростковый возраст) для ____ класса. Я прошу освобождения от участия в следующем уроке(ах): _____. Я понимаю, что им будет предложено альтернативное задание.

Напечатайте Полное Имя Ребенка (как указано в Skyward)

Школа

Подпись Родителей/Опекуна

Дата

Я ознакомился с материалами занятий о Семейной Жизни и Сексуальном Здравье (FLASH) и по предотвращению ВИЧ/СПИДа (KNOW). Я понимаю, что я могу отказаться от участия моего ученика в занятиях KNOW и/или FLASH по полной программе (от целой темы) или отказаться от определенных уроков в любом из учебных материалов.

- Я не хочу, чтобы мой ребенок принимал участие в занятиях о Семейной Жизни и Сексуальном Здравье (репродукция/ подростковый возраст) для ____ класса. Я прошу освобождения от посещения ЦЕЛОЙ программы. Я понимаю, что им будет предложено альтернативное задание.

ИЛИ

- Я не хочу, чтобы мой ребенок принимал участие только в ЧАСТИ программы о Семейной Жизни и Сексуальном Здравье (репродукция/ подростковый возраст) для ____ класса. Я прошу освобождения от участия в следующем уроке(ах): _____. Я понимаю, что им будет предложено альтернативное задание.

Напечатайте Полное Имя Ребенка (как указано в Skyward)

Школа

Подпись Родителей/Опекуна

Дата

Пожалуйста отправьте заполненный бланк по почте или имейлу в школьный офис вашего ребенка для обработки.

For School Office Use Only: When a family returns this signed form to the school office, please make a copy and give to the HIV/AIDS/Family Life and Sexual Health instructor so they are aware to exclude student from participating in class at time of training, and

Request to Excuse Student from HIV/AIDS Prevention Education (KNOW) and/or the Family Life and Sexual Health Unit (F.L.A.S.H.)

please send original to: Patty Schultz, Student Learning Department, ESC. Questions? Contact Patty at ext. 7147. Thank you!