



**Estudiante de Quinto Grado Optar por No**  
*Educación en Salud Sexual (CSHE)*

¿Usted asistió a una sesión proporcionada por el distrito para obtener una  
 prevista del plan de estudios?

si       no

Me gustaría solicitar que mi(s) estudiante(s) sean excusados de toda o  
 parte de la instrucción de salud sexual del distrito (Marque cada lección  
 que corresponda):

Contenido	Optar No
Listo, Establecer, Crecer	
Pubertad y el Sistema Reproductivo Masculino	
Pubertad y el Sistema Reproductivo Femenino	
Reproduccion	
Higiene Personal y Hábitos Saludables	
Cambios Sociales y Emocionales	
Respetar a nuestros amigos: Consentimiento	
VIH e Infecciones de Transmission Sexual (ITS)	

***Por favor devolver este formulario al administrador de la oficina de la escuela de su  
 hijo si no lo completo en línea.***

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Escuela del estudiante \_\_\_\_\_ Maestro(a) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

For school office use only: Please maintain the original parent form in the main office.  
 Provide copies to the school nurse and student's teacher.