



## ПРОХАННЯ ПРО ЗВІЛЬНЕННЯ СТУДЕНТА ВІД ЗАНЯТЬ ІЗ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ/СНІДУ ТА/АБО ВСЕБІЧНОЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ОСВІТИ

Я ознайомився(лась) з матеріалами щодо всебічної сексуальної освіти та профілактики ВІЛ/СНІДУ. Я розумію, що можу відмовитися від участі мого студента в програмі "Всебічна сексуальна освіта" та/або "Профілактика ВІЛ/СНІДУ" загалом (увесь блок) або від участі в певному уроці.

- Я не хочу, щоб мій студент брав участь у програмі "Всебічна сексуальна освіта" для \_\_\_\_\_ класу і прошу звільнити його/її від участі у ВСІЙ програмі. Я розумію, що студенту буде запропоновано альтернативні завдання для виконання.
- Я не хочу, щоб мій студент брав участь у ЧАСТИНІ курсу "Всебічна сексуальна освіта" для програми \_\_\_\_\_ класу. Я прошу звільнити їх від участі в такому уроці (уроках): \_\_\_\_\_ . Я розумію, що студенту буде запропоновано альтернативні завдання для виконання.
- Я не хочу, щоб мій студент брав участь в освітній програмі з профілактики ВІЛ/СНІДУ для \_\_\_\_\_ класу і прошу звільнити його/її від участі в УСЬОМУ блоці. Я розумію, що студенту будуть запропоновані альтернативні завдання для виконання.

\_\_\_\_\_  
Ім'я студента печатними літерами

\_\_\_\_\_  
Школа

\_\_\_\_\_  
Підпис одного з батьків / законного опікуна

\_\_\_\_\_  
Дата

**Будь ласка, передайте заповнені документи до офісу вашої школи, або надішліть електронною поштою для їх опрацювання.**

**For Schools Office Use Only:** When a student 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 please send original to: Patty Schultz, Student Learning Department, ESC. Questions? Contact Patty Schultz at [schultzp@edmonds.wednet.edu](mailto:schultzp@edmonds.wednet.edu) Thank you.