Formulário de Exclusão dos Pais sobre Educação em Saúde Reprodutiva e Prevenção de Doenças

O Estatuto da Flórida §1003.42 requer o ensino de saúde reprodutiva e prevenção de doenças como parte de um programa abrangente de educação em saúde. O CONSELHO ESCOLAR DO CONDADO DE BROWARD, FLÓRIDA (SBBC), autorizou aulas suplementares de Saúde Reprodutiva e Prevenção de Doenças, incluindo o ensino da prevenção do HIV/AIDS como um componente da educação em saúde.

O SBBC respeita os direitos dos pais e seu papel na educação de seus filhos. De acordo com o Estatuto da Flórida § §1003.42(5), "qualquer aluno, cujos pais façam uma solicitação por escrito ao diretor da escola, deverá ser isento do ensino de saúde reprodutiva ou sobre qualquer doença, inclusive HIV/AIDS, seus sintomas, progressão e tratamento. O aluno que tenha sido isento não pode ser penalizado em razão dessa isenção."

Se desejar que seu filho(a) seja dispensado(a) de participar deste curso, preencha o formulário abaixo e envie-o à escola. Seu filho(a) será então agendado(a) para uma tarefa alternativa durante as aulas de Saúde Reprodutiva e Prevenção de Doenças.

Agradecemos pelo seu interesse e cooperação na implementação de nosso programa abrangente de educação em saúde.

As aulas de Saúde Reprodutiva e Prevenção de Doenças serão apresentadas por professores treinados pelo Distrito, selecionados pelo diretor da escola, e podem incluir apresentações de especialistas aprovados pelo Distrito no campo da prevenção de infecções sexualmente transmissíveis como recurso suplementar.

O conteúdo do currículo e os materiais didáticos podem ser acessados na página inicial do site do Distrito em www.browardschools.com ou mediante agendamento de uma reunião com a escola de seu filho(a).

Observação: Favor rubricar na linha abaixo e assinar na parte inferior do formulário, para isentar seu filho(a) da participação no currículo do ano letivo de 2026-27. Lembre-se de que esse formulário de isenção é exigido anualmente e deve ser preenchido e enviado à escola no prazo máximo de 5 DIAS a partir da data anunciada do início das aulas. O não envio do formulário à escola constitui permissão para que seu filho(a) participe do currículo de Saúde Reprodutiva e Prevenção de Doenças.

_____ **NÃO** quero que meu filho(a) participe das aulas suplementares de educação sobre saúde reprodutiva e prevenção de doenças.

Nome do(a) aluno(a):_____ Série: _____

Nome do pai/mãe/responsável em letra de forma: _____

Assinatura do pai/mãe/responsável: _____

Established 1915 BROWARD County Public Schools