



Comprehensive Sexual Health Opt-out Form

Forma de NO asistencia para instrucción de Salud sexual

Yo, _____, NO QUIERO que mi estudiante,
_____ participe en la instrucción integral de salud sexual y prevención del SIDA/HIV del
distrito escolar de Tracy (TUSD).

Firma del padre: _____

Nombre de la escuela: _____

Maestro de inglés: _____

Maestro de ciencias: _____



TRACY UNIFIED SCHOOL DISTRICT