



LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Ramon C. Cortines  
Superintendent of Schools

Carlson Home/Hospital School  
10952 Whipple Street  
North Hollywood, CA 91602  
Telephone: (818) 509-8759  
Facsimile: (818) 505-0246

Dr. Shelley Weston  
Assistant Superintendent  
Secondary Instruction

Janice Davis  
Director, High School Programs

Jack Bagwell  
Elementary Director, Local District 2

Joe Salvemini  
Principal

Estimado Padre o Tutor:

Fecha: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) está matriculado/a en un curso sobre salud en nuestro programa. Este curso puede incluir una o más secciones de clase en las que los órganos de reproducción en el cuerpo humano pueden ser descritos, ilustrados o discutidos en el estudio del crecimiento, madurez y reproducción del ser humano. También se ofrecerá una o más secciones de clase sobre las causas, síntomas, complicaciones y tratamiento de enfermedades venéreas al estudiar las enfermedades y los desórdenes funcionales. Esta materia es opcional y se requerirá el consentimiento firmado del padre o tutor para que los alumnos reciban esta instrucción.

El Código de Educación de California requiere que los materiales instructivos que han de ser usados en estas clases estén disponibles para ser revisados por padres y tutores. Para cumplir con este requisito, los padres tienen la opción de revisar los materiales que serán presentados.

Por favor indique en el calce de la presente si desea o no que su hijo/a reciba la instrucción opcional. Si usted prefiere que su hijo/a no reciba esta instrucción, se la programará otra asignación durante ese periodo.

Sinceramente,

Joe Salvemini, Director

-----  
*Corte Aquí*  
-----

PARA: Joe Salvemini, Director  
Berenecé Carlson Home/Hospital School

Maestro/a: \_\_\_\_\_

Quiero \_\_\_\_\_ No quiero \_\_\_\_\_ que mi hijo/a reciba la instrucción opcional sobre la reproducción humana que está siendo ofrecida en el curso de salud.

Quiero \_\_\_\_\_ No quiero \_\_\_\_\_ que mi hijo/a reciba la instrucción opcional sobre enfermedades venéreas que está siendo ofrecida en el curso de salud.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_