Primavera 2018

Estimado Padre/Tutor,

La *Ley de Escuelas Saludables del año 2010* ordena que se proporcione educación sobre salud a los estudiantes del Distrito de Columbia en los cursos K-8 y los estudiantes de secundaria deben tomar un semestre de salud para graduarse. La Oficina del Superintendente de Educación del Estado ha desarrollado la Evaluación de Educación Física y Salud de DC para medir el conocimiento y los logros estudiantiles en temas de salud que son importantes para el bienestar de nuestros estudiantes, incluyendo salud emocional, habilidades de seguridad, cuerpo humano, prevención de enfermedades, nutrición, alcohol, tabaco y otras drogas, y educación física.

En la primavera del 2018, se les pedirá tomar la prueba a los estudiantes de quinto, octavo curso y secundaria (estudiantes de secundaria matriculados en una clase de salud durante el año escolar 17-18); sin embargo, la participación en cualquier pregunta apropiada para su edad con respecto a la salud sexual es **opcional** y usted puede optar por eximir a su estudiante de estas preguntas en la evaluación.

La Evaluación de Salud y Educación Física del 2018 se llevará a cabo en las escuelas entre el 2 de abril y el 15 de junio del 2018. Si **no** desea que su estudiante participe en la parte de salud sexual de la evaluación, por favor, complete el formulario más abajo. **Si más abajo marca la casilla “no”, debe firmar este formulario y devolverlo a la escuela lo antes posible y antes del [mm/dd/yy].** Elegir eximir a su estudiante no afectará sus calificaciones o desempeño en la evaluación. Si tiene alguna pregunta, comentario o sugerencia, por favor, no dude en llamar a su escuela.

Sinceramente,

Heidi Schumacher

Superintendente Adjunto

División de Salud y Bienestar

Oficina del Superintendente de Educación del Estado

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] NO, mi hijo/a no puede participar en las preguntas de educación de salud sexual.

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

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_