



Teen Clinic
Sex Education Opt-In Form

Dear Parent/Guardian:

Under Oklahoma law*, We are notifying you that your student is scheduled to attend a class in school which includes discussion and instruction about the human reproductive system, communicable diseases including HIV/AIDS, methods of contraception and sexual responsibility. A survey may be given during the course to evaluate what students learn. No grades will be assigned.

Parents/guardians have the right to inspect instruction materials related to the class and education. If you desire to review these materials, please contact Kali Parks at kparks@varietycare.org or 405-632-6688 ext. 11766.

As a parent/guardian, you have the right to notify us if you do or don't want your student to attend these classes. If you do or don't approve of your child attending the class during this time of instruction, please check the box, fill in your student's information and sign below.

YES, I do permit my student to attend the sex education course.

No, I DO NOT permit my student to attend the sex education course.

Name of Student: _____ Grade: _____

Student ID Number: _____ Date: _____

(Signature Parent/Guardian)

(Printed name of parent/guardian)



Teen Clinic

Formulario de Autorización del Curso de Educación Sexual

Estimado Padre/ Guardián:

Bajo el estatuto del estado de Oklahoma, le notificamos que su estudiante ha de atender una clase que incluye discusión e instrucción sobre el sistema reproductor humano, enfermedades comunicables que incluyen VIH/SIDA, métodos anticonceptivos y responsabilidad sexual. Se administrará una encuesta durante el curso para evaluar lo que los estudiantes han aprendido, mas no se asignará calificaciones.

Padres/ guardianes tienen el derecho de revisar los materiales educativos relacionados con el curso. Si desea revisar dichos materiales, favor comuníquese con Kali Parks a kparks@varietycare.org o al número 405-632-6688 ext. 11766.

Como padres/guardianes, usted tiene el derecho de notificarnos si desea o no que su estudiante participe de este curso. Si usted, autoriza o no que su hijo/hija asista a este curso durante este periodo educativo, por favor marque el encasillado abajo, complete la información de su estudiante y firme el documento.

Sí, si autorizo que mi estudiante participe del curso de educación sexual.

No, no autorizo que mi estudiante participe del curso de educación sexual.

Nombre del Estudiante: _____

Grado: _____

Número de Estudiante (ID): _____

Fecha: _____

(Firma Padre/Guardian)

(Nombre Padre/ Guardian)