


 400 North Church Street  
 Monroe, NC 28112  
 704-296-9898  
 704-289-9182  
 [ucps.k12.nc.us](http://ucps.k12.nc.us)

## NOTICE OF RIGHT TO WITHHOLD CONSENT CONCERNING REPRODUCTIVE HEALTH ISSUES

School Year 2024-2025

The Board recognizes the critical role of parents in the education of their children. Parents are encouraged to become familiar with programs designed by schools for parental involvement and to actively participate in them. Parent may withhold consent for the following:

*A student's use of guidance programs for individual counseling, small group counseling related to addressing specific problems, or referral to community resources on issues of a private nature, as well as information on where to obtain contraceptives or abortion referral services.*

District employees and school health nurses do not provide contraceptives, or counseling, information, services of any kind, or referrals on the subject of abortion.

Neither parental notification nor parental permission is required for large group sessions, initial consultations intended to identify the student's needs or counseling where child abuse or neglect is suspected.

**My signature below and the return of this form indicates that I do not consent to my child receiving individual counseling and/or information concerning contraception or contraceptives from district employees or school health nurses. If this form is not returned, this child may be counseled and/or given information on contraception and contraceptives.**

\_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Child's Name (Please Print)

\_\_\_\_\_

School Name (Please Print)



400 North Church Street  
Monroe, NC 28112  
704-296-9898  
704-289-9182  
ucps.k12.nc.us

## AVISO DEL DERECHO A NEGAR SU CONSENTIMIENTO EN LO QUE RESPECTA A CUESTIONES DE SALUD REPRODUCTIVA

Año Escolar 2024-2025

Junta reconoce el papel fundamental de los padres en la educación de sus hijos. Se motiva a los padres a familiarizarse con los programas diseñados por las escuelas para la participación de los padres y a que participen activamente en ellos. Los padres pueden negar su consentimiento para lo siguiente:

*El uso del estudiante de programas de orientación para consejería individual, consejería en grupos pequeños relacionada con el tratamiento de problemas específicos, o derivación a recursos de la comunidad en temas de naturaleza privada, así como información sobre dónde obtener anticonceptivos o servicios de referencia de aborto.*

Los empleados del distrito y las enfermeras de las escuelas no proporcionan anticonceptivos, asesoramiento, información, servicios de ningún tipo o referencias sobre el tema del aborto.

No se requiere notificación a los padres ni permiso de los padres para sesiones de grupos grandes, las consultas iniciales destinadas a identificar las necesidades del estudiante o el asesoramiento en los casos en que se sospecha abuso o abandono infantil.

**Mi firma a continuación y la devolución de este formulario indican que Yo no doy mi consentimiento para que mi hijo reciba consejería individual y/o información sobre anticoncepción o anticonceptivos por parte de empleados del distrito o enfermeras de la escuela. Si no se devuelve este formulario, este niño puede recibir consejería y/o recibir información sobre anticoncepción y anticonceptivos.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño (escriba en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela (escriba en letra de imprenta)