Poštovani njegovatelji,

Zadovoljstvo nam je obavijestiti vas o Programu prevencije zlostavljanja djece (CAPP), prezentaciji o sigurnosti tijela za djecu. Ovaj program lične bezbjednosti je **besplatan** za svu djecu u gradskoj oblasti St. Louisa i dostiže brojku od preko 30.000 djece svake godine.

Cilj ovog programa je pružanje informacija primjerenih uzrastu o konceptima lične sigurnosti, granica i tjelesne autonomije. Prezentacija će se održati u učionici vašeg djeteta, traje približno 45 minuta i u sklopu nje će biti prikazan kratki video u svrhu jačanja koncepata. Video je dostupan za gledanje na web stranici JFS-a na: www.jfsstl.org/CAPP.

Prezentacija CAPP-a će pomoći vašem djetetu da razumije i praktikuje sljedeće koncepte:

* Tri osnovne sigurnosne vještine za rukovanje dodirom koji nije u redu: recite ne, sklonite se na sigurno mjesto i recite pouzdanoj odrasloj osobi.
* Privatni dijelovi su dijelovi tijela pokriveni kupaćim kostimom.
* Seksualno zlostavljanje nikada nije krivica žrtve.
* Kako razlikovati prikladan i neprikladan dodir.
* Ako se dogodi zlostavljanje, nemojte to tajiti, i recite to pouzdanoj odrasloj osobi.
* Kako prepoznati osobe koje mogu pomoći ako doživljavaju zlostavljanje.

Prezentacija CAPP-a je interaktivna, zabavna i edukativna. Svi učesnici će dobiti knjigu aktivnosti, koju slobodno mogu ponijeti kući i podijeliti sa svojim porodicama. Za sva pitanja, Melissa Katz, na 314-812-9316 ili mkatz@jfsstl.org.

S poštovanjem,

Osoblje programa za prevenciju zlostavljanja djece JFS

www.jfsstl.org/CAPP

(314) 812-9378

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Obrazac za odbijanje prezentacije CAPP-a**

Ako **ne želite** da vaše dijete učestvuje u prezentaciji CAPP-a, ispunite obrazac u nastavku i vratite ga nastavniku vašeg djeteta prije datuma početka programa.

**Ne dozvoljavam** da moje dijete, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ime djeteta

da prisustvuje programu zaštite tijela CAPP-a dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ u \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Vrijeme programa

Datum programa

Potpis njegovatelja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_