Estimados cuidadores,

Nos complace informarle acerca del Programa de Prevención Contra el Abuso Infantil (CAPP por sus siglas en inglés), una presentación sobre la seguridad corporal para niños. Este programa de seguridad personal se ofrece de forma **gratuita** a todos los niños del área metropolitana de San Luis y llega a más de 30 000 niños anualmente.

El objetivo del programa es proporcionar información, apropiada para la edad, acerca de los conceptos de seguridad personal, límites y autonomía corporal. La presentación se realizará en el aula de su hijo, durará 45 minutos y se utilizará un video corto para reforzar estos conceptos. El video está disponible para visualizarlo en el sitio web de JFS en: www.jfsstl.org/CAPP.

La presentación de CAPP ayudará a su hijo a entender y practicar los siguientes conceptos:

* Las tres habilidades básicas de seguridad para manejar el contacto inapropiado son: decir no, ir a un lugar seguro y decírselo a un adulto en quien confíe.
* Las partes íntimas son las partes del cuerpo que quedan cubiertas por un traje de baño.
* El abuso sexual nunca es culpa de la víctima.
* Cómo distinguir entre un contacto apropiado y uno inapropiado.
* Si ocurre un abuso, no lo guarde en secreto y díselo a un adulto de confianza.
* Cómo identificar a las personas que pueden ayudarles si están sufriendo un abuso.

La presentación de CAPP es interactiva, divertida y educativa. Todos los participantes recibirán un libro de actividades que se les anima a llevarse a casa y compartir con sus familias. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Melissa Katz, por el 314-812-9316 o a través de mkatz@jfsstl.org.

Sinceramente,

Personal del Programa de Prevención de Abuso Infantil de JFS

www.jfsstl.org/CAPP

(314) 812-9378

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

**Formulario de exclusión de la presentación de CAPP**

Si **no** desea que su hijo participe en la presentación de CAPP, llene el siguiente formulario y devuélvalo al maestro de su hijo antes de la fecha en la cual inicie el programa.

**No** le doy permiso a mi hijo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Nombre del niño

para que asista al programa de seguridad corporal de CAPP el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha del programa

Hora del programa

Firma del cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_