

_____ Shkolla/School
_____ (Address)
Philadelphia, PA 19
Tel. _____



_____ (Data/Date)

I dashur Prind/Kujdestar:

Të shikuarit e fëmijës është shumë i rëndësishëm për të mësuarit e tij. Kontrolli i shikimit i kryer nga infermieri i shkollës tregon se fëmija juaj ka probleme me shikimin. Një trajtim i mëtejshëm nga specialisti, do të ndihmojë në përcaktimin e problemeve që ka me të shikuarit.

“The Eagles Eye Mobile”, nje program i “Eagles Youth Partnership”, do të ofrojë këtë kontroll të syve **falas** për fëmijën tuaj. Personeli i “The Eagles Eye Mobile” do të realizojë për fëmijën tuaj:

Një kontroll bashkëkohor të syve
Një palë syze nëse ka nevojë për to

Ajo çfarë duhet që ju të bëni është:

Të plotësoni formularin bashkëngjitur, ku ju jepni pëlqimin tuaj për këtë kontroll.

Firmosni për marrjen e “Notice of Privacy Practices”, gjithashtu bashkëngjitur.

Sigurohuni që fëmija juaj të jetë prezent në datën _____ (Data/Date),

kur “Eagles Eye Mobile” ka planifikuar të vizitojë shkollën

_____ (Shkolla/School).

Sinqerisht,

_____ (Infermier/Nurse)

Tel. _____