

_____ School

Philadelphia, PA 19

Tel. _____



_____ (Date) (التاريخ)

أيها الوالدين أو الأوصياء الأعزاء:

إن نظر طفلك مهم جدا لتعليمه أو تعليمها. وقد دل فحص النظر الذي تم من قبل ممرضة المدرسة إن طفلك يعاني من ضعف النظر. يمكن أن يساعد فحص العين في تحديد مشاكل في الرؤية.

سوف يزود عين النسر الجوال، وهو برنامج من شراكة شباب النسر (Eagles Youth Partnership) فحص العين هذا لطفلك **بدون مقابل**. سوف يعطي فريق عين النسر الجواله طفلك:

فحص شامل للعين

زوج من النظارات الطبية إذا لزم الأمر

كل ما تحتاج أن تفعله هو:

أكمل نموذج الموافقة المرفق.

وقع على إيصال "بيان سياسات الخصوصية"، مرفق أيضا.

كن متأكدا من إن طفلك موجود بتاريخ _____ (تاريخ) (Date) عندما يكون مقررا زيارة عين النسر

الجواله _____ (مدرسة) (School).

مع خالص التقدير،

_____ (الممرضة) (Nurse)

هاتف _____