

\_\_\_\_\_学校 School

Philadelphia, PA 19

电话 Tel. \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ (日期/Date)

亲爱的家长或监护人:

您子女的视力健康对于其学习来说非常重要。您子女所就读学校护士对您子女所作的视力普查显示其视力状况不佳。进一步的眼科检查可以帮助确认您子女的视力问题。

“老鹰队”眼科活动诊所是一项“老鹰队”青少年合作伙伴项目，将为您子女提供免费眼科检查。“老鹰队”眼科活动诊所将为您子女提供:

眼科综合检查

一副眼镜 (如果需要)

您只需要:

完整填写本信函所附同意表 (Consent Form)。

签收本信函所附“隐私保护惯例通知” (Notice of Privacy Practices)。

请确保您子女于\_\_\_\_\_ (日期/Date) 到校上学, “老鹰队”眼科活动诊所将于当天前往\_\_\_\_\_ (学校/School) 提供服务。

此致,

\_\_\_\_\_ (护士/Nurse)

电话 Tel. \_\_\_\_\_