

Школа/School _____

Philadelphia, PA 19_____

Телефон/Tel. _____



_____ (Дата/Date)

Уважаемые родители и опекуны!

Зрение Вашего ребенка очень важно для его/ее образования. Проверка зрения, проводившаяся школьной медсестрой, показала, что Ваш ребенок плохо видит. Обследование глаз поможет определить, какие у Вашего ребенка есть проблемы со зрением.

Передвижная глазная амбулатория футбольного клуба Eagles “The Eagles Eye Mobile” **бесплатно** проверит зрение Вашего ребенка. Ваш ребенок получит:

- Комплексную проверку зрения
- При необходимости – очки

Всё, что Вам надо сделать:

Заполните приложенную к письму форму – разрешение на проверку зрения.

Распишитесь в получении «Уведомления о правилах соблюдения конфиденциальности» (“Notice of Privacy Practices”), также приложенного к письму.

Обеспечьте присутствие Вашего ребенка в школе _____ (Дата/Date),

когда планируется посещение _____ (Школа/School)

передвижной амбулаторией «Eagles Eye Mobile».

С уважением,

_____ (Медсестра/Nurse)

Телефон/Tel. _____