

Trường/School_____

Philadelphia, PA 19

ĐT #/Tel._____



_____ (Ngày/Date)

Kính Gởi Phụ Huynh hoặc Giám Hộ:

Thị giác của con quý vị rất quan trọng đối với việc học hành của em. Sau khi y tá của trường kiểm tra thị giác cho con quý vị, kết quả cho thấy là mắt em rất yếu. Việc kiểm tra mắt có thể phát hiện ra những vấn đề về mắt.

Chương trình khám mắt lưu động cho thanh thiếu niên The Eagles Eye Mobile sẽ tiến hành khám mắt **miễn phí** cho con quý vị. Nhân viên của chương trình The Eagles Eye Mobile sẽ:

Khám mắt tổng quát

Nếu cần sẽ phát 1 cặp mắt kiếng

Quý vị chỉ cần:

Điền vào tờ đơn kèm theo.

Ký tên để nhận "Thông Báo Về Quy Định Bảo Mật" cũng được kèm theo.

Hãy bảo đảm là con quý vị có mặt vào ngày _____ (Date) khi nhân viên chương trình Eagles Eye Mobile đến trường _____ (School).

Trân Trọng Kính Chào,

_____ (Y Tá/Nurse)

Điện Thoại/Tel._____