

THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA
SCHOOL HEALTH SERVICES

VISION SCREENING NOTIFICATION

“Please fill out the English portion of the form you require, the target language portion will be filled out automatically”

Date: _____

Dear Parent/Guardian:

I have completed the vision screening service provided as part of School Health Program for your child, _____. I am informing you that your child has PASSED/has NOT PASSED the school vision screening.

This test is not a substitute for a comprehensive eye examination by an eye care specialist. The American Optometric Association recommends eye examinations every two years during the school-age years.

Please feel free to contact me at the school if you have any questions.

Sincerely,

School Nurse/Nurse Practitioner

Telephone Number

SỞ GIÁO DỤC PHILADELPHIA
DỊCH VỤ Y TẾ HỌC ĐƯỜNG

THÔNG BÁO VỀ VIỆC KHÁM MẮT

Ngày: _____

Kính Gửi Phụ Huynh/Giám Hộ:

Là một phần trong Chương Trình Y Tế Học Đường, tôi đã hoàn tất dịch vụ khám mắt cho con quý vị là em _____. Tôi xin báo cho quý vị biết là con của quý vị đã ĐẠT(Passed)/ KHÔNG ĐẠT (Not Passed) kết quả tốt trong kỳ kiểm tra mắt tại trường.

Việc kiểm tra mắt này không thể thay thế cho việc khám mắt tổng quát do bác sĩ nhãn khoa phụ trách. Hiệp Hội Nhãn Khoa Hoa Kỳ đề nghị học sinh ở lứa tuổi đến trường nên đi khám mắt mỗi hai năm một lần.

Xin liên lạc với tôi tại trường nếu quý vị có bất cứ thắc mắc gì.

Trân Trọng Kính Chào,

Y Tá Của Trường

Điện Thoại

M-144A (8/03) Vision Screening Notification – Comm. Code 61602445260