Phone: (215)
Fax: (215)

Date: _____
Month / Date / Year

Please complete the following and return to your child's school.

I do _____ give permission, I do not _____give permission

for my child, _____
(child's full name)

to receive vision screening. I understand that the results of the vision screening and necessary additional information about my child that may be in his/her school records may be shared with other educators and health care professionals working with the schools to provide appropriate follow-up services for my child.

_____
Signature of Parent or Legal Guardian

Date: _____
Month / Date / Year

Telefon: (215)
Faks: (215)

Data: _____
Muaji/ Dita/Viti

Ju lutemi plotësojeni pjesën më poshtë dhe kthejeni në shkollën e fëmijës.

Unë jap _____ pëlqimin, Unë nuk jap_____pëlqimin

Për fëmijën tim, _____
(emri i plotë i fëmijës)

Që të kryej ekzaminim të shikimit. Unë e kuptoj, që rezultatet e këtij ekzaminimi dhe informacion tjetër shtesë i nevojshëm, rreth fëmijës tim, mund të mbahen në rekordet e shkollës së tij/saj dhe të ndahen me mësues dhe punonjës të shëndetit, që punojnë me shkollat, për të ofruar shërbimet e nevojshme të duhura për fëmijën tim.

_____
Firma e Prindit ose e Kujdestarit Ligjor

Data: _____
Muaji/ Dita/Viti