

Phone:
Fax:

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

هاتف:
فاكس:

التاريخ: _____
سنة / يوم / شهر

الرجاء تعبئة النموذج التالي وإرجاعه مع طفلك إلى المدرسة

أسمح _____ ، لا أسمح _____ لطفلي:

(اسم الطفل بالكامل)

في تلقي فحص البصر. وأفهم بأنه من الممكن أن يتم مشاركة نتيجة الفحص والمعلومات
الإضافية عن طفلي مع المعلمين والعاملين في مجال الرعاية الصحية العاملين في المدارس
لتقديم خدمات المتابعة الضرورية لطفلي.

توقيع الأهل أو الأوصياء القانونيين

التاريخ _____
سنة / يوم / شهر