

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

Tel:  
Fax:

Date: \_\_\_\_\_  
Month / Date / Year

Prière de remplir ce qui suit et de le retourner à l'école de votre  
enfant.

Je \_\_\_\_\_ donne la permission, Je \_\_\_\_\_ ne donne pas la  
permission pour mon enfant, \_\_\_\_\_  
(nom complet de l'enfant)

d'être testé pour la vision. Je réalise que les résultats du test de  
vision et les informations additionnelles nécessaires sur mon  
enfant qui peuvent être dans son dossier scolaire pourront être  
partagés avec d'autres éducateurs et spécialistes de la santé qui  
travaillent avec les écoles pour un suivi médical de mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur légal

Date: \_\_\_\_\_  
Month / Date / Year