

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

ទូរស័ព្ទ៖  
ទូរសារ៖

ថ្ងៃខែ៖ \_\_\_\_\_  
ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ

សូមបំពេញនូវចន្លោះខាងក្រោមនេះ ហើយផ្ញើត្រឡប់ទៅសាលារបស់កូនលោកអ្នក  
វិញ។

ខ្ញុំអនុញ្ញាត \_\_\_\_\_ ខ្ញុំមិនអនុញ្ញាត \_\_\_\_\_  
ឲ្យកូនរបស់ខ្ញុំ \_\_\_\_\_  
(ឈ្មោះកូន)

ទទួលការពិនិត្យភ្នែក។ ខ្ញុំដឹងថា លទ្ធផលនៃការពិនិត្យភ្នែកនេះ និងព័ត៌មានដែលចាំ  
បាច់ផ្សេងទៀត អំពីកូនរបស់ខ្ញុំ ដែលប្រហែលជាមាននៅក្នុងឯកសារសាលា អាច  
ចែកជូនទៅ បុគ្គលិកអប់រំ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាល ផ្សេងទៀត ដែលធ្វើការជាមួយ  
សាលា ដើម្បីផ្តល់ការពិនិត្យបន្ថែមដល់កូនខ្ញុំតាមសេចក្តីត្រូវការ។

\_\_\_\_\_  
ហត្ថលេខារបស់ មាតាបិតា ឬ អាណាព្យាបាល

ថ្ងៃខែ៖ \_\_\_\_\_  
ខែ / ថ្ងៃ / ឆ្នាំ