

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

Телефон:
Факс:

Дата: _____
месяц/число/год

Заполните, пожалуйста, эту форму и верните ее в школу
Вашего ребенка.

Я _____ даю разрешение

Я _____ не даю разрешение на то,

чтобы моему ребенку _____
(имя и фамилия ребенка)

была проведена проверка зрения.

Я понимаю, что результаты проверки зрения и требуемая
дополнительная информация о моем ребенке будут занесены
в его/ее школьное личное дело и могут быть использованы
сотрудниками системы образования и медицинским
персоналом, работающим со школами, для предоставления
моему ребенку необходимых услуг.

Подпись родителя или опекуна

Дата: _____
месяц/число/год