

Phone:

Fax:

Date: _____

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: _____

Teléfono:

Fax:

Fecha: _____

Por favor complete el siguiente formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo.

Yo doy permiso _____, No doy permiso _____
para que mi hijo, _____
(nombre del niño)

reciba un examen de la vista. Yo entiendo que los resultados de los exámenes de la vista y toda información adicional necesaria acerca de mi hijo que pueda existir sus registros de la escuela puede ser compartida con otros educadores y profesionales de la salud que trabajan con las escuelas para proporcionar un seguimiento de servicios adecuado para mi hijo.

Firma del padre o encargado

Fecha: _____