Phone: (215)
Fax: (215)

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

Điện Thoại: (215)
Fax: (215)

Ngày: _____

Xin điền vào các mục sau đây và gởi trả lại cho trường của con quý vị.

Tôi_____ cho phép Tôi không _____cho phép

con tôi là _____
(tên họ đứa trẻ)

được khám mắt. Tôi biết rằng kết quả của việc khám mắt và những thông tin cần thiết khác trong hồ sơ học bạ của con tôi có thể được cho các giáo sư và những nhân viên y tế nào làm việc với trường biết để quý vị này cung cấp cho con tôi những dịch vụ thích hợp tiếp theo.

_____
Chữ Ký Phụ Huynh/Giám Hộ

Ngày: _____