



FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DE EXÁMENES DE LA VISTA

Según lo permitido en ley UCA 53G-9-404 (2019), un padre puede optar para que su estudiante no participe en el examen visual

Nombre del Estudiante:

DOB:

Año Escolar:

Escuela:

Grado:

Maestro(a):

Completarse por el Padre/Tutor:

Como padre del estudiante mencionado anteriormente, no deseo que mi estudiante tenga un examen de la vista durante este año escolar. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y lo haré por escrito.

Entiendo que esta solicitud es solo para el año escolar actual. Este formulario se puede volver a presentar cada año escolar.

Nombre de Padre/Tutor

Firma Padre/Tutor:

Fecha:



VISION SCREENING OPT-OUT FORM

As allowed in UCA 53G-9-404 (2019) a parent may opt their student out of vision screening.

Student name:	DOB:	School Year:
School:	Grade:	Teacher:

Parent to Complete

As parent of the above named student, I do not wish for my student to have a vision screening during this school year. I understand that I may change my mind at any time and will do so in writing.

I understand that this request is for the current school year only. This form may be re-submitted each school year.

Parent/Guardian Name:

Parent/Guardian Signature:	Date:
----------------------------	-------