

## PROGRAMA ESCOLAR DE PRUEBA DE SALUD 2017-2018 FORMULARIO PARA QUE LOS PADRES OPTEN A NO PARTICIPAR

Estimado padre / tutor legal:

Conforme lo requiere la ley de California, el distrito escolar *San Dieguito Union High School District* proporcionará la prueba / revisión de salud siguiente:

Prueba visual - *Vision Screening*

Solamente para los grados 8 y 10 o como parte de una evaluación de educación especial

Prueba auditiva – *Hearing Screening*

Solamente para los grados 8 y 10 o como parte de una evaluación de educación especial

Si **NO DESEA** que su hijo/a participe en estas pruebas de salud, señale la casilla correspondiente y firme en seguida:

Prueba Visual

Prueba Auditiva

Nombre de el/la estudiante: \_\_\_\_\_

Identificación de el/la estudiante (ID): \_\_\_\_\_

Escuela actual: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del padre tutor legal: \_\_\_\_\_

*(Favor de imprimir)*

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma del padre / tutor legal: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NOTA: Por favor devuelva este formulario a la oficina de salud de la escuela de su hijo/a