

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