



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:	