

## Anschreiben: E

[School Letterhead]

### MUSTERANSCHREIBEN zum Testverzicht

#### Verzichtserklärung zum Programm für Schulsehtests

Datum: \_\_\_\_\_

An: Eltern/Erziehungsberechtigte von \_\_\_\_\_

#### Verzichtserklärung zum Sehtest

Schuljahr : 20\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_, Elternteil/Erziehungsberechtigte/r von

\_\_\_\_\_, beantrage, dass er/sie von der Pflicht zur Teilnahme an dem staatlich angeordneten jährlichen Schulsehtest für das aktuelle Schuljahr befreit wird. Ich verstehe, dass **diese Verzichtserklärung in Bezug auf den Ausschluss meines Kindes jedes Jahr erneuert werden muss**, andernfalls kann das Sehvermögen meines Kindes gemäß den Richtlinien des Gesundheitsministeriums des US-Bundesstaates Ohio für Schulsehtests wieder getestet/überwacht werden. Ich verstehe, dass ich, wenn ich darauf verzichte, dass mein Kind an den Sehtests bzw. Überwachungen des Sehvermögens des Bezirks teilnimmt, den Bezirk für unerkannte Veränderungen des Sehvermögens bzw. der Augengesundheit oder für damit in Verbindung stehende Dienstleistungen/Behandlungen, die mein Kind aufgrund nicht erkannter Veränderungen des Sehvermögens bzw. der Augengesundheit nicht in Anspruch nehmen kann, nicht haftbar machen kann. Ferner verstehe ich, dass, sollte ich diese Verzichtserklärung für das aktuelle Schuljahr widerrufen wollen, es in meinen Verantwortungsbereich liegt, mindestens zwei Wochen vor dem geplanten Schulsehtest bzw. der Überwachung der Augengesundheit dem/der Schulkrankenschwester/in eine schriftliche und unterzeichnete Erklärung zukommen zu lassen .

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte      Datum

\_\_\_\_\_  
Name der Eltern/Erziehungsberechtigten in Druckbuchstaben

*Dieser Bereich wird durch die Behörde ausgefüllt:*

Eingegangen am: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_