

Lettera: E

[School Letterhead]

CAMPIONE di lettera di rinuncia allo screening

Rinuncia allo screening della vista scolastico

Data: _____

A: Genitori/Tutore di _____

Rinuncia allo screening della vista

Scuola Anno: 20____ - ____

Nome del bambino: _____

Scuola: _____

Il sottoscritto _____, genitore/tutore legale di

_____, chiede che il bambino sia esentato dallo screening/monitoraggio annuale scolastico della vista imposto dallo Stato per l'attuale anno scolastico. Comprendo che questa **decisione di escludere mio figlio/mia figlia deve essere rinnovata ogni anno scolastico** oppure la vista di mio figlio/mia figlia verrà controllata in base a quanto previsto dalle Linee guida sanitarie dello Stato dell'Ohio per gli screening scolastici della vista.

Comprendo che scegliendo di esentare mio figlio/mia figlia dallo screening/monitoraggio della vista effettuato dal distretto non potrò considerare il distretto responsabile in alcun modo per ogni eventuale cambiamento nella sua vista/salute visiva o per ogni eventuale servizio/adattamento che potrebbe non ricevere a causa di cambiamenti nella sua vista/salute visiva non identificati. Comprendo inoltre che, qualora desiderassi revocare questa esenzione nel corso dell'attuale anno scolastico, sarà mia responsabilità fornire una comunicazione scritta e firmata all'Infermiere scolastico almeno due settimane prima dello screening/monitoraggio della vista previsto nella scuola.

Firma del Genitore/Tutore

legale Data

Nome in stampatello del Genitore/Tutore legale

Ad uso esclusivo dell'ufficio:

Ricevuto da: _____ Data: _____