

Carta: E

[School Letterhead]

MUESTRA: Carta de exención de evaluación

Exención de supervisión de examen de la vista en la escuela

Fecha: _____

Para: el padre, madre o tutor legal de _____

Exención de examen de la vista

Año escolar: 20____

Nombre del (de la) niño(a): _____

Escuela: _____

Yo _____, padre, madre o tutor legal de

_____, solicito que él/ella sea exento(a) de la evaluación o supervisión del examen de la vista en la escuela anual y obligatoria del estado, correspondiente al presente año escolar. Entiendo que **esta exención para excluir a mi hijo(a) debe renovarse cada año escolar** para evitar que se examine o supervise la vista de mi hijo, según lo exigen las directrices del Departamento de Salud de Ohio para los exámenes de la vista escolar. Entiendo que, al optar por eximir a mi hijo de la evaluación o supervisión de la vista del Distrito, no puedo responsabilizar al Distrito bajo ningún término si se presenta algún cambio no detectado en la salud ocular, visión o por cualquier servicio o adaptación relacionado que él/ella no pueda recibir debido a cambios no identificados en su visión o salud ocular. Asimismo, entiendo que si deseo revocar esta exención durante el presente año escolar, es mi responsabilidad proporcionar una nota escrita y firmada a la enfermera de la escuela, al menos dos semanas antes de la evaluación o supervisión de la vista programada.

Firma del padre o madre o tutor

legal Fecha

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor legal

Para uso oficial únicamente:

Recibido por: _____ Fecha: _____