

信函： E

[School Letterhead]
筛查弃权函样例

学校视力筛查/监测弃权书

日期： _____

致： 家长/监护人， 孩子姓名 _____

视力筛查弃权书

学年： 20_____ - _____

孩子 姓名： _____

学校： _____

本人 _____， 作为

_____的家长/法定监护人， 请求免除他/她本学年的州法定年度学校视力筛查/监测。

我明白**该豁免我孩子的弃权书需要每个学年续签一次**， 否则可能根据俄亥俄州卫生署的学校视力筛查指南对我孩子的视力进行筛查/监测。

我明白， 一旦选择让我的孩子免于接受学区视力筛查/监测， 我不得以任何方式让学区承担有任何未检测到的视力/视力健康变化或针对任何未识别的视力/视力健康变化他/她无法获得任何相关服务/便利措施的责任。

我进一步明白， 如果我希望在本学年取消该项豁免， 我有责任在学校的预定视力筛查/监测前至少两周向学校护士提供经签名的书面说明。

_____ 日期 _____
家长/法定监护人签名

_____ 日期 _____
家长/法定监护人印刷体姓名

此区域仅供办公室使用：

收件人： _____ 日期： _____