

Lettre : E

[School Letterhead]

EXEMPLE Lettre de dispense au dépistage

Dispense de test de la vue en milieu scolaire

Date : _____

À : Parent(s)/tuteur(s) de _____

Dispense de test de la vue

Année scolaire : 20____ - ____

Nom de l'enfant : _____

École : _____

Je soussigné _____, parent/tuteur légal de

_____, demande qu'il/elle soit exempté(e) du contrôle/dépistage annuel de la vue à l'école mandaté par l'État pour la présente année scolaire. Je comprends que cette **dispense visant à exempter mon enfant doit être renouvelée chaque année scolaire**, sans quoi la vue de mon enfant peut être testée/surveillée comme le prescrivent les directives du Département de la santé de l'Ohio pour les tests de la vue en milieu scolaire. Je comprends qu'en choisissant d'exempter mon enfant du test de la vue du district, je ne peux en aucun cas engager la responsabilité du district sur des altérations non détectées de la vue/de la santé visuelle ou sur des services/aménagements connexes qu'il ou elle pourrait ne pas recevoir en raison de toute altération non identifiée de la vue/santé visuelle. Je comprends également que si je souhaite révoquer cette dérogation au cours de la présente année scolaire, il est de mon devoir de fournir une note écrite et signée à l'infirmière de l'établissement au moins deux semaines avant le dépistage/contrôle de la vue prévu par l'école.

Signature du parent/tuteur légal

Date

Nom imprimé du parent/tuteur légal

Cette zone est réservée à l'administration :

Reçu par : _____ Date : _____