

قم بالتوقيع فقط إذا كنت لا تريد أن يتم فحص طفلك

إشعار بعدم الموافقة على فحوصات مجانية للنظر، والسمع، والأسنان، والفحص البدني

إذا كان لدى طفلك أجهزة سمع أو أية أجهزة سمعية أخرى، أو كان مكفوف البصر، وتحت رعاية طبية، وكنت تشعر بأنه لا يحتاج للفحص، يرجى التوقيع على النموذج

وارساله إلى المدرسة

برنامج فحص النظر: يرجى الملاحظة أن برنامج الفحص الذي تقوم به الخدمات الصحية لا يحل محل فحص النظر الذي يتطلبه القانون. يجب أن يُجري الفحص فاحص بصر أو أخصائي بصريات خلال السنة التي يلتحق فيها طفل عمره 3، أو 4، أو 5، أو 6 سنوات في مدرسة عامة، أو مدرسة تمهيدية عامة. الطلاب المؤهلون: الفحص الأول: الفحص الثاني: إشعارات الإحالة: التقييم:

برنامج فحص السمع: الطلاب المؤهلون: يُجري الفحص: إشعارات الإحالة: التقييم:

برنامج فحص الأسنان: الطلاب المؤهلون: يُجري الفحص: إشعارات الإحالة: التقييم:

الفحص البدني: الطلاب المؤهلون: يُجري الفحص: إشعارات الإحالة: التقييم:

لا، لا أريد أن يشارك طفلي. أدرك أنه بتوقيع هذا النموذج، لن يتم إجراء فحص نظر، أو سمع، أو أسنان، أو فحص بدني لطفلي في المدرسة.
إسم الطالب: _____
توقيع ولي الأمر/الوصي: _____
ملاحظات إضافية: _____
تاريخ الميلاد: _____
الصف: _____
التاريخ: _____

أرجع النموذج إلى مركز موارد الأسرة

ملاحظة للمدرسة: يرجى مسح هذا النموذج في مستنداتهم الصحية بعد الفحص النهائي من قبل الخدمات الصحية. الرجاء إعطاء وصف: غير موافق