



Vision & Hearing Waiver Form

All students in grades KN, 2, 5 and 8 will be screened for vision and hearing, as well as any students that have Initial Assessments and Triennial Assessments coming up for IEP purposes.

Please sign below and return to the school receptionist only if you **do not want** your child included in the Vision & Hearing screening.

I **do not** wish my son/daughter to be included in the Vision & Hearing screening.

Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

Site/Program: _____ Teacher: _____

Parent Guardian Name (printed): _____

Parent Guardian Signature: _____ Date: _____

DOCUMENTO DE RENUNCIA AL EXAMEN DE VISTA Y OÍDO

Todos los estudiantes en los grados KN, 2, 5 y 8 serán evaluados para la vista y la audición, así como también cualquier estudiante que tenga Evaluaciones iniciales y Evaluaciones trienales próximas para fines del IEP.

Por favor, firme abajo y entregue este documento a la recepcionista de la escuela si usted **no quiere** que su hijo/a sea incluido en el examen de vista y oído.

No quiero que mi hijo/a sea incluido en el examen de vista y oído.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Programa: _____ Maestro/a: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Firma del Padre de Familia / Guardian: _____ Date: _____

Return/Devolver Fax: 951-489-0494
email/correo electronico: school.nurse@springscs.org