



Hoja de permiso de visión y audición

Al completar y firmar este formulario, usted (padre/tutor) da permiso a Springs Charter Schools para realizar exámenes de visión y audición a su estudiante. Las evaluaciones serán realizadas por la enfermera de la escuela o por proveedores de enfermería contratados.

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

Escuela autónoma: River Springs Citrus Springs Empire Springs Vista Springs Pacific Springs
 Harbor Springs Inland Empire Springs

Sitio/Programa: _____

El estudiante tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP): (circule) S/N

El estudiante usa anteojos/lentes: (círculo) S / N

**En caso afirmativo, el estudiante debe usar anteojos/lentes para la evaluación.*

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del padre tutor: _____ Fecha: _____

¡No lo olvides! Llama al 951-526-3154 para concertar una cita.

Para ser examinado, usted debe hacer una cita para el día de evaluación designado. Las citas se realizan en incrementos de 15 minutos, así que asegúrese de llegar a tiempo. Llame al Departamento de Servicios de Salud al 951-526-3154 para programar una cita.