



Department of Audiology Services
Education Center
6500 Arapahoe
Boulder, CO 80303
(720) 561-5264, (720) 561-5266

Exención de la Prueba/Monitoreo Auditivo

Año Escolar: 20____ - ____

Nombre del Estudiante: _____

Escuela: _____

Yo, _____, el padre/tutor legal de _____, solicito que él/ella sea eximido de la prueba/monitoreo auditivo anual que el estado ordena para las escuelas. Entiendo que **esta exención excluye el hecho de que las necesidades de mi niño sean renovadas cada año escolar** o bien que la capacidad auditiva de mi niño pueda ser revisada/monitorizada como lo ordenan los lineamientos del Departamento de Educación de Colorado sobre las pruebas/monitoreo de capacidad auditiva. También entiendo que al elegir que mi niño quede exento de las pruebas de capacidad auditiva de ninguna manera haré responsable al distrito por cualquier cambio que no sea detectado en cuanto a la capacidad auditiva/salud auditiva ni por los servicios/adaptaciones relacionados que él/ella deje de recibir debido a cualquier cambio que no se haya detectado durante el presente año escolar. Así mismo, entiendo que si yo quisiera anular la presente exención durante el presente año escolar, es mi responsabilidad presentar una nota por escrito y firmada al Departamento de Audiología del Distrito Escolar del Valle de Boulder por lo menos 2 semanas antes de la fecha programada para la prueba/monitoreo auditivo en la escuela.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta del Padre/Tutor

Para uso de la oficina solamente:

Received by Audiology: _____

Initials: _____