

## Examen de la vista / renuncia de supervisión

Ciclo escolar: 20\_\_ - \_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, el padre / tutor legal de \_\_\_\_\_, solicito que él / ella sea exento del examen anual de la vista y seguimiento que exige el Estado para el **ciclo** escolar actual. Entiendo que esta renuncia para excluir a mi hijo necesita ser renovada cada año escolar o la vista de mi hijo será examinada y supervisada como lo exigen las directrices del Departamento de Educación para exámenes de la vista en escuelas de Colorado. Asimismo entiendo que al optar por excluir a mi hijo del examen de la vista y seguimiento del distrito, no voy a hacer responsable al distrito de ninguna manera por ningún cambio detectado en la vista y salud de la vista o por cualquier servicio relacionado o acomodaciones que él / ella no puede recibir debido a los cambios no identificados en la vista / salud de la vista. Además, entiendo que si yo deseo revocar esta renuncia durante el presente ciclo escolar, es mi responsabilidad proveer una nota escrita y firmada a la enfermería de la escuela por lo menos 2 semanas antes del examen programado de la vista y supervisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre / tutor legal en letra de imprenta

Esta área sólo para uso de la oficina:

Recibido por Visión: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_