



# Davis School District

Health and Nursing Services

320 South 500 East • Kaysville, UT 84037  
Office (801) 402-5540, FAX 402-0651

## FORMULARIO DE EXONERACIÓN DEL EXAMEN DE VISTA

A: Enfermera escolar

Debido a una creencia personal, yo no deseo que mi hijo/a tenga un examen de visión hasta otro aviso durante este año escolar. Yo entiendo que puedo cambiar mi pensamiento en cualquier momento y lo haré por escrito.

Nombre de mi hijo/a: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestra/o: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Yo soy el hijo/a de \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_ tutor legal