



---

## Solicitud de Exclusión de Exámenes de la Vista y la Audición

Por favor complete y devuelva a la escuela de su hijo(a)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela de Asistencia: \_\_\_\_\_

**Por la presente, opto por que mi hijo(a) no participe en las siguientes evaluaciones: (marque todo lo que corresponda)**

**Visión**

**Audición**

---

**Firma de los padres**

---

**Fecha**

Este formulario permanecerá en el archivo hasta que sea revocado por escrito por los padres.

---

Copias: Archivo del Estudiante

Enfermera Escolar

Servicios de Salud