



Dr. A. Katrise Perera, Superintendent

Gresham-Barlow School District No. 10Jt

1331 NW Eastman Parkway, Gresham, OR 97030-3825

www.gresham.k12.or.us

Phone: (503) 261-4550

Fax: (503) 261-4553

CERTIFICACION DE EXAMEN DE LA VISTA

Nota: Este formulario debe utilizarse con todos los estudiantes de 7 años de edad o menores y que comienzan un programa educativo por primera vez con la organización educativa.

Nombre del niño/a: _____ **Grado:** _____

Escuela: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

CERTIFICACIÓN DE EXAMEN DE LA VISTA

Ver 2013 Oregon HB3000 Sección 1: (2)(a) a (3)(b)

SECCIÓN UNO:

¿Su estudiante recibió un examen de la vista por un proveedor aparte de la escuela? Sí NO

Fecha de evaluación o examen del la vista: _____

Resultados: Pasó Remisión (No pasó el examen de la vista)

Nombre del proveedor que realizó el examen o evaluación: _____

- O -

SECCIÓN DOS:

Ya he presentado la certificación a: _____
(Nombre de la Escuela)

- O -

SECCIÓN TRES:

No estoy proporcionando una certificación del examen de visión debido a:

Presentado a la escuela anterior/Proveedor educacional Creencias Religiosas Problemas Económicas

No tengo acceso a un proveedor No puedo obtener una cita con un proveedor

Firma Padre/Madre/Tutor

Fecha