



## Pickerington Local School District

### Exención de Evaluación Visual

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Para: Padre(s)/Tutor de** \_\_\_\_\_

**Año Escolar: 20\_\_\_\_ - \_\_\_\_**

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

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

Yo, \_\_\_\_\_, parent/madre o tutor legal de \_\_\_\_\_, solicito que él/ella sea exento(a) de la evaluación/monitoreo anual de visión escolar requerida por el estado para el presente año escolar. Entiendo que esta exención para excluir a mi hijo(a) debe renovarse cada año escolar, de lo contrario, su visión puede ser evaluada/monitoreada según las pautas del Departamento de Salud de Ohio para las evaluaciones auditivas escolares. Entiendo que al elegir excluir a mi hijo(a) de la evaluación/monitoreo auditivo del distrito, no puedo responsabilizar al distrito de ninguna manera por cualquier cambio no detectado en la visión/salud visual ni por servicios o adaptaciones relacionadas que él/ella pueda no recibir debido a cambios no identificados en la visión/salud visual. Además, entiendo que si deseo revocar esta exención durante el presente año escolar, es mi responsabilidad proporcionar una nota escrita y firmada a la enfermero o enferma escolar al menos dos semanas antes de la fecha programada para la evaluación/monitoreo auditivo de la escuela.

---

Firma del parent/madre o tutor legal

Fecha

---

Nombre en letra de molde del parent/madre o tutor legal

**Área para uso de la oficina únicamente:**

Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_