

## **Pickerington Local School District**

### **Exención de Evaluación Visual**

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

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

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

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

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

Yo, \_\_\_\_\_, padre/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 padre/madre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del padre/madre o tutor legal

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

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