



## Pickerington Local School District

### Exemption au dépistage de la vision

Date : \_\_\_\_\_

À l'attention des parents/tuteurs de : \_\_\_\_\_

Année scolaire : 20\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, parent/tuteur légal de \_\_\_\_\_, demande que mon enfant soit exempté du dépistage/suivie visuel annuel exigé par l'État pour l'année scolaire en cours. Je comprends que cette exemption pour exclure mon enfant doit être renouvelée chaque année scolaire, sous peine que la vision de mon enfant soit dépistée/surveillée conformément aux directives du Département de la Santé de l'Ohio pour les dépistages visuels scolaires.

Je comprends qu'en choisissant d'exempter mon enfant du dépistage/ suivie visuel du district, je ne peux en aucun cas tenir le district responsable de tout changement non détecté de la vision/de la santé visuelle, ni des services ou accommodations connectés que mon enfant pourrait ne pas recevoir à cause de ces changements non identifiés.

Je comprends également que si je souhaite révoquer cette dérogation durant l'année scolaire en cours, il est de ma responsabilité de fournir une note écrite et signée à l'infirmière scolaire au moins deux semaines avant la date prévue du dépistage/suivie visuel de l'école.

---

Signature du parent/tuteur légal

Date

---

Nom en lettres moulées du parent/tuteur légal

Partie réservée à l'administration :

Reçu par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_