

## Pickerington Local School District Exención de Evaluación Auditiva

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 audición 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 audición 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  
audición/salud auditiva ni por servicios o adaptaciones relacionadas que él/ella pueda no  
recibir debido a cambios no identificados en la audición/salud auditiva. Además, entiendo que  
si deseo revocar esta exención durante el presente año escolar, es mi responsabilidad  
proporcionar una nota escrita y firmada a la enfermera 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: \_\_\_\_\_