



**ЕСЛИ ВЫ ХОТИТЕ, ЧТОБЫ РЕБЕНОК ПРОШЕЛ ПРОВЕРКУ ЗРЕНИЯ,
ЗАПОЛНЯТЬ ФОРМУ НЕ ТРЕБУЕТСЯ**

Уважаемый родитель/опекун!

Отдел школьного здравоохранения (Office of School Health Vision Program) проводит бесплатную проверку зрения и предоставляет бесплатные очки отдельным учащимся с нарушениями зрения. Глазной врач будет в школе _____ (мм/дд/гггг). Осмотр неинвазивный: глазные капли и инструменты не применяются. Если наш врач выпишет ребенку очки, представитель оптометрической программы поможет выбрать оправу у контрактного поставщика.

Если вы НЕ хотите, чтобы ребенок прошел проверку зрения ДОНМН, заполните и верните отрывную часть в школу.

С вопросами о программе обращайтесь к Marcia Rodriguez, руководителю секции контроля, по телефону 718-786-5154 (английский/испанский) или 855-771-3937.

С уважением,

Thomas Phelan

директор школьных программ проверки зрения

Я **НЕ** хочу, чтобы мой ребенок принял участие в бесплатном неинвазивном осмотре и получил доступ к бесплатным очкам по программе проверки зрения ДОНМН.

Имя и фамилия ребенка _____

Имя и фамилия родителя/опекуна _____

Подпись родителя/опекуна _____

Дата _____ Дневной телефон _____

ШКОЛА: _____