



**SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE ENFANT PARTICIPE À CE PROGRAMME  
VISION, NE REMPLISSEZ PAS CE FORMULAIRE.**

Cher parent/tuteur, chère tutrice,

Le programme Vision du Bureau de la santé scolaire fournit des examens gratuits de la vue et des lunettes gratuites aux élèves échouant à notre évaluation des troubles visuels. Un ophtalmologue sera présent dans l'école de votre enfant le \_\_\_\_\_. Il s'agit d'un examen non invasif de la vue. Aucun instrument, aucune goutte ne seront mis dans les yeux de votre enfant au cours de cet examen. Si notre médecin prescrit des lunettes, un membre du personnel du programme aidera votre enfant à choisir une monture de notre fournisseur sous contrat.

***Si vous NE VOULEZ PAS que votre enfant bénéficie de ces services dans le cadre du programme Vision du DOHMH, veuillez remplir la section ci-dessous et retourner ce formulaire à son école.***

Pour toute question sur ce programme, appelez Marcia Rodriguez, responsable de l'unité de suivi, au 718-786-5154 (anglais/espagnol) ou au 855-771-3937.

Cordialement,

Thomas Phelan

Directeur, Programme Vision du Bureau de la santé scolaire

Je NE SOUHAITE PAS que mon enfant fasse l'objet d'examens de la vue gratuits et non invasifs et ait accès à des lunettes gratuites recommandées via le programme Vision du DOHMH.

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

Nom du parent/tuteur, de la tutrice \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur, de la tutrice \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Téléphone en journée \_\_\_\_\_

ÉCOLE : \_\_\_\_\_