

Canyons School District Hearing Screening Opt Out Form

A parent/guardian **may opt their student out of hearing screening** by completing this form and returning it to the school office.

Student name:	DOB:	School Year:
School:	Grade:	Teacher:

Parent to Complete

As parent/guardian of the above named student, I do not wish for my student to receive a **hearing screening** during this school year. I understand I may change my mind at any time and will do so in writing.

I understand this request is for the **current school year only**. This form may be re-submitted each school year.

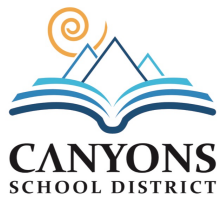
Parent/Guardian Name:

Parent/Guardian Signature:

Date:

Office Personnel:

Please provide a copy of this form to your assigned school nurse upon receipt.



Formulario de Exención para el Examen del Oído del Distrito Escolar Canyons

Un padre o tutor puede decidir no permitir que su hijo sea sometido a un examen del oído mediante el llenado de este formulario y entregarlo en la oficina de la escuela.

Nombre del alumno:	FDN:	Año Escolar:
Escuela:	Grado:	Maestro:

A Ser Llenado por el Padre

Como padre o tutor del estudiante arriba mencionado, no deseo que mi estudiante sea sometido a **un examen del oído** durante este año escolar. Entiendo que podría cambiar de manera de pensar en cualquier momento y lo haré por escrito.

Entiendo que esta solicitud es **tan sólo para el año escolar actual**. Este formulario deber ser reenviado cada año a la escuela.

Nombre del Padre o Apoderado:

Firma del Padre o Tutor:	Fecha:
--------------------------	--------

Personal de la oficina (Office Personnel):

Please provide a copy of this form to your assigned school nurse upon receipt.