

Canyons School District Vision Screening Opt Out Form

As allowed in UCA 53G-9-404 (2019) a parent/guardian may **opt their student out of vision 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 have a **vision 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.

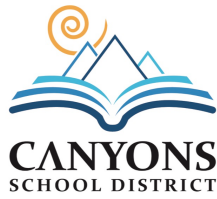
Parent/Guardian Name:

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 de la Vista del Distrito Escolar Canyons

De acuerdo con lo permitido en UCA 53G-9-404 (2019) un padre o tutor puede optar por exceptuar a su estudiante de los exámenes de la vista.

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 de la vista** 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):

Por favor proporcione una copia de este formulario a la enfermera escolar cuando lo haya recibido.