



Canyons School District Vision and Hearing 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 Signature:		
Parent/Guardian Name:	Date:	

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 Signature:		
Parent/Guardian Name:	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 y del Oído 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.			
Firma del Padre o Tutor:			
Nombre del Padre o Apoderado:		Fecha:	

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.			
Firma del Padre o Tutor:			
Nombre del Padre o Apoderado:		Fecha:	

Personal de la oficina (Office Personnel): Please provide a copy of this form to your assigned school nurse upon receipt.
