



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:

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