



Formerly Prevent Blindness Oklahoma

50 Penn Place – 1900 NW Expressway, Suite R110 – OKC, OK 73118
Phone: (405)848-7123 – Fax: (405)848-6935 – info@vizavance.org

Dear Parent/Guardian

Good vision is essential to your child's learning. Beginning in the 2007-2008 school year, it is required that the parent or guardian of each student enrolled in kindergarten, at a public school in this state, shall provide certification to school personnel that the student passed a vision screening within the previous twelve (12) months (PK) or during the kindergarten school year. Students enrolled in first or third grade at a public school, in this state, shall provide, within thirty (30) days of the beginning of the school year, certification to school personnel that the student passed a vision screening within the previous twelve (12) months.

Vizavance formerly Prevent Blindness Oklahoma will provide a vision screening on the date of _____ at _____ (school) that will satisfy this requirement.

If you **DO NOT** wish to have your child, _____, receive a vision screening, please sign this form and return it to the school by this date _____. By NOT returning this form you are giving permission for the screening.

(Parent/Guardian)

(Date)

Estimado Padre / Tutor

Una buena visión es esencial para el aprendizaje de su hijo. A partir del año escolar 2007-2008, se requiere que el padre o tutor de cada estudiante matriculado en kindergarten, en una escuela pública en este estado, provea certificación al personal escolar que el estudiante aprobó un examen de visión dentro de los doce (12) meses (PK) o durante el año escolar de kindergarten. Los estudiantes matriculados en primer o tercer grado en una escuela pública, en este estado, proveerá, dentro de los treinta (30) días del inicio del año escolar, la certificación a la escuela personal que el estudiante aprobó un examen de la vista dentro de los doce (12) meses anteriores.

Vizavance Previamente Prevenga la Ceguera Oklahoma proveerá un examen de la vista en la fecha de _____ en _____ (escuela) que satisfará este requisito.

Si **NO** desea que su hijo, _____, reciba un examen de la vista, firme este formulario y devuélvalo a la escuela antes de esta fecha _____. Al NO devolver este formulario usted está dando permiso para el cribado.

(Padre / Tutor)

(Fecha)