



# VISION SCREENING OPT-OUT FORM

As allowed in UCA 53G-9-404 (2019) a parent may opt their student out of Vision Screening.

Student Name:	DOB:	School Year: 2022-23
---------------	------	----------------------

School: Pacific Heritage Academy	Grade:	Teacher:
----------------------------------	--------	----------

**Parent/Guardian 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 that I may change my mind at any time and will do so in writing.

I understand that 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:
----------------------------	-------

## FORMULARIO DE EXCLUSIÓN DE EXÁMENES DE LA VISTA

Según lo permitido en UCA 53G-9-404 (2019), un padre puede excluir a su estudiante del examen de la vista

Nombre del estudiante:	DOB:	School Year: 2022-23
------------------------	------	----------------------

Escuela: Pacific Heritage Academy	Grado:	Profesor(a):
-----------------------------------	--------	--------------

**Parent/Guardian to Complete**

Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, no deseo que mi estudiante tenga un examen de la vista durante este año escolar. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y lo haré por escrito.

Entiendo que esta solicitud es solo para el año escolar actual. Este formulario se puede volver a presentar cada año escolar.

Nombre de padre/guardián:
---------------------------

Firma de padre/guardián:	Fecha:
--------------------------	--------