



DOCUMENTO DE RENUNCIA AL EXAMEN DE VISTA Y OÍDO

Este año, todos los estudiantes en los grados 1, 5 y 8 serán examinados de la vista y el oído.

Por favor, firme debajo y entregue este documento a la recepcionista de la escuela si usted **no quiere** que su hijo/a sea incluido en el examen de vista y oído.

No quiero que mi hijo/a sea incluido en el examen de vista y oído

Nombre del estudiante _____

Escuela _____

Grado _____

Maestro _____

Firma del padre/madre

Nombre del padre/madre (escriba en letra de imprenta)

Fecha _____