

---

Nombre de la escuela (si lo desea)

---

*Nota para el padre o guardián: por favor, llenélo y regréselo a la oficina de salud escolar si desea que su hijo sea eximido de estos requisitos según lo permitido por la ley de Nebraska. Si tiene preguntas, comuníquese con la enfermera de la escuela o con la oficina de la escuela. Gracias.*

Como padre o guardián(a) de - Nombre del estudiante	Número de identificación del estudiante
Nombre de la escuela	Grado

Me opongo a los siguientes requisitos para el ingreso a la escuela según lo legislado por los Estatutos Revisados de Nebraska 79-214 y 79-220.

Marque las que apliquen:

- Examen físico realizado por un médico autorizado, un asistente médico o un enfermero graduado avanzado en los seis meses anteriores a la entrada a la escuela. *(Se aplica al: jardín de infantes o grado inicial, transferencias fuera del estado a cualquier grado y séptimo grado).*
- Evaluación visual realizada por un médico autorizado, un asistente médico, un enfermero practicante avanzado o un oftalmólogo profesional (optometrista u oftalmólogo) en los seis meses anteriores al ingreso a la escuela. *(Se aplica al: jardín de infantes o grado inicial y transferencia fuera del estado a cualquier grado).*

Entiendo que puedo solicitar información para ayudarme a recibir información acerca de los exámenes de la vista de costo reducido, según lo exige NRS 79-220.

Entiendo que las disposiciones de la ley me permiten renunciar al requisito de este examen si he firmado una declaración para ello.

FIRME AQUÍ \_\_\_\_\_

Firma del padre o guardián(a)

Fecha

---

Comentarios:

---

---

---

---

---

---

---

---

---