



إذا كنتم ترغبون في مشاركة طفلكم في برنامج فحص النظر هذا،
لا تقوموا بإكمال هذه الاستمارة.

السيد(ة) الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر،

يقدم برنامج فحص النظر التابع لمكتب الصحية المدرسية فحوصات مجانية للعيون ونظارات للتلاميذ الذين يخفقون في اجتياز فحص الرؤية لدينا. سوف يحضر طبيب عيون إلى مدرسة طفلكم في يوم _____ هذا الفحص هو فحص خارجي. لن يتم وضع أي قطرات أو أدوات في عيني طفلكم خلال الفحص. إذا قام طبيبنا بوصف نظارة طبية، سيقوم موظف البرنامج لدينا بمساعدة طفلكم في اختيار إطار للنظارة من مورد متعاقد معنا.

إذا كنتم لا ترغبون في حصول طفلكم على هذه الخدمات من برنامج فحص النظر التابع لإدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك (DOHMH)، نرجو تعبئة القسم أدناه وإعادة هذه الاستمارة إلى مدرسة طفلكم.

إذا كانت لديك أسئلة حول هذا البرنامج، فيمكنك الاتصال بمارسيا رودريغيز/Marcia Rodriguez، مشرف وحدة المتابعة، على الرقم 718-786-5154 (بالإنكليزية/الإسبانية) أو 855-771-3937.

مع خالص التقدير والاحترام،

Thomas Phelan

مدير برامج البصريات بالصحة المدرسية

لا أرغب في أن يتلقى طفلي فحوصات بصرية مجانية غير جراحية وإمكانية الوصول إلى النظارات المجانية الموصى بها من خلال برنامج فحص البصر التابع لإدارة الصحة والسلامة العقلية بمدينة نيويورك (DOHMH).

اسم الطفل(ة) _____

اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر _____

توقيع الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر _____

التاريخ _____ رقم الهاتف أثناء النهار _____

المدرسة: _____