



Notificación de los Exámenes del Oído y de la Vista

Estimados Padres de Familia y Tutores:

La vista y el oído son vitales para el éxito académico de su hijo(a) en la escuela. De conformidad con el Estatuto Revisado de Arizona Sección 36-899.01 y A.A.C. R9-13-104, la ley estatal y las regulaciones administrativas requieren que las escuelas administren exámenes de la vista y el oído a los siguientes grupos de estudiantes cada año escolar:

- Todos los estudiantes matriculados en Preescolar, Kínder, 1^{er} grado, 3^{er} grado, 5^{to} grado y 7^{mo} grado
- Todos los estudiantes que están recién matriculados en el Distrito Escolar Unificado Dysart
- Todos los estudiantes con servicios de Educación Especial según lo requerido por el Estatuto Revisado de Arizona 15-7-4 y A.A.C. R7-2-401

De conformidad con el Estatuto Revisado de Arizona Sección 36-899.04 y A.A.C. R9-13-102, los estudiantes serán excluidos de los exámenes del oído por las siguientes razones:

- El(la) estudiante es sordo - tiene problemas del oído y/o utiliza un dispositivo de audio (será remitido/a a un audiólogo)
- El padre(madre) de el(la) estudiante debe llenar y entregar el Formulario de Objeción a la Evaluación

Si su estudiante tiene documentación de los exámenes médicos de la vista y/o el oído dentro de los últimos 12 meses, les pedimos que por favor proporcionen una copia de los resultados en la enfermería de la escuela de su hijo(a). Si ustedes desean excluir de la evaluación a su estudiante, por favor completen el Formulario de Objeción a la Evaluación que se encuentra al reverso de esta notificación y devuélvanlo al personal de su escuela antes del 21 de agosto de 2020.

Respetuosamente:
Jacqueline Hoeffler, RN, BSN
Enfermera Principal

Formulario de Objeción a la Evaluación para los Padres de Familia

Para: El Subdirector(a)/Director(a) Servicios de Salud Escolar

Yo no deseo que a mi hijo(a) se le administren las siguientes evaluaciones durante el año escolar 2020-2021. Yo entiendo que puedo cambiar de manera de pensar en cualquier momento y lo haré por escrito.

Nombre de mi Hijo(a): _____

Excluirle del Examen: Vista Oído

Nombre del Padre(Madre)/Tutor de el(la) Estudiante con Letra de Imprenta

Firma del Padre(Madre)/Tutor de el(la) Estudiante

Fecha