



Dr. A. Katrise Perera, Superintendent

Gresham-Barlow School District No. 10Jt
1331 NW Eastman Parkway, Gresham, OR 97030-3825
www.gresham.k12.or.us

Phone: (503) 261-4555
Fax: (503) 261-4554

CERTIFICACION DE EXAMEN DE LA VISTA

Nota: Este formulario debe utilizarse con todos los estudiantes de 7 años de edad o menores y que comienzan un programa educativo por primera vez con la organización educativa.

Nombre del niño/a: _____ Grado: _____

Escuela: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

CERTIFICACIÓN DE EXAMEN DE LA VISTA Ver 2013 Oregon HB3000 Sección 1: (2)(a) a (3)(b)

SECCIÓN UNO:

¿Su estudiante recibió un examen de la vista por un proveedor aparte de la escuela? SÍ NO

Fecha de evaluación o examen del la vista: _____

Resultados: Pasó Remisión (No pasó el examen de la vista)

Nombre del proveedor que realizó el examen o evaluación: _____

- 0 -

SECCIÓN DOS:

Ya he presentado la certificación a: _____
(Nombre de la Escuela)

- 0 -

SECCIÓN TRES:

No estoy proporcionando una certificación del examen de visión debido a:

Presentado a la escuela anterior/Proveedor educacional Creencias Religiosas Problemas Económicas

No tengo acceso a un proveedor No puedo obtener una cita con un proveedor

Firma Padre/Madre/Tutor

Fecha