



KID SIGHT VISION SCREENING PARENT PERMISSION FORM

Signing below gives your permission for the Lions of District 2-S1 to conduct a vision screening for your child. You will receive a copy of the screening results.

I give permission for my child to participate in the Kid Sight Vision Screening conducted by the District 2-S1 Lions Vision Screening Program:

On: _____ (date of screening)

At: _____ (organization or school name)

I understand the following regarding the program:

- I understand the screening identifies potential vision disorders and does not constitute a diagnosis or an examination that can only be made by an ophthalmologist or an optometrist.
- I understand that I am solely responsible for arranging any follow up that is recommended by the screening.
- I understand all the information about my child is held confidential.
- I understand the vision screening is provided free of charge.

Pease print clearly

Child's name: _____ Male: ___ Female: ___

Date of birth: ____ / ____ / ____ Age: _____

Optional: Email: _____

Print parent/guardian name: _____

Signature parent/guardian: _____



DETECCIÓN DE LA VISTA PARA NIÑOS FORMA DE PERMISO PATERNAL

La forma del permiso del padre que firma debajo da su permiso para los Leones del Distrito 2-S1 a realizar una investigación de visión para su niño. Recibirá una copia de los resultados de la investigación.

Doy permiso para que mi niño participe en la Detección de la Vista Para Niños presentada por el Programa de Detección Vision Leones Distrito 2-S1:

Fecha: _____ (fecha de la revisión)

En: _____ (organización o nombre de la escuela)

Comprendo el siguiente con respecto al programa:

- Comprendo que la investigación identifica desordenes potenciales de visión y hace no constituye un diagnostico ni un examen que puedan ser hechos por un oftalmólogo ni un optometrista.
- Comprendo que soy únicamente responsable de arreglar cualquiera sigue esto es recomendado por la investigación.
- Comprendo que toda la información de mi niño es confidencial.
- Comprendo que la detección de la vista para los niños es gratis.

Imprima Por Favor Claramente

Nombre: _____ Nino: ___ Nina: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Coreo Electrónico Opcional: _____

Imprima el nombre Padre/Guardianes _____

Firma del Padre/Guardianes: _____