



## نموذج موافقة على فحص الإبصار للطلاب

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

ولي الأمر/الوصي الفاضل:

تُعد جودة البصر أمرًا جوهريًا لمجريات تعلم طفلك. كثيرًا ما لا يشكوا الأطفال من ضعف البصر لأنهم قد يكونوا قد رأوا كل شيء بذات الأسلوب لأعوام، فهم لا يكونون على دراية أن العالم لا يبدو كما يتراءى لهم. سيتولى تلميذ المدرسة تقييم إبصار طفلك بالاستعانة بمخطط قياس قوة إبصار قياسي دون تكلفة. يتضمن هذا الفحص قراءة الطفل لأحرف، أو تعريفه أشياء على مسافة بعيدة أو على مقربة في بعض الأحيان (وهو ما يُشار إليه كفحص الإبصار القريب والبعيد). ويجب الحصول على موافقة مسبقة حتى يتمكن التلميذ من إجراء فحص إبصار للطفل.

ولا يحل فحص الإبصار محل فحص العين الشامل على أيدي ممارس رعاية عيون. في حال راودتك أي مخاوف حيال إبصار الطفل، الرجاء التواصل مع اختصاصي رعاية عيون بخصوص فحص الإبصار.

الرجاء اختيار أحد الخيارات أدناه وتوقيع هذه الموافقة وتأريخها وإعادتها إلى تلميذ المدرسة.

إنني أوافق على اضطلاع تلميذ المدرسة بفحص إبصار لطفلي.

إنني لا أوافق على اضطلاع تلميذ المدرسة بفحص إبصار لطفلي.

في حال وافقت وكان طفلك يرتدي نظارة أو عدسات، الرجاء التأكد من ارتداء الطفل لها في يوم فحص الإبصار. ستُخطر بخطاب في حال لم يجتز طفلك الفحص أو استلزم الأمر إجراء فحص عيون فقط.

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ X

(تاريخ التوقيع)

(توقيع ولي الأمر / الوصي القانوني / الطالب الحر في تصرفه)

سيظل نموذج الموافقة هذا ساريًا بالنسبة لطفلك حتى التخرج و/أو المغادرة و/أو إنهاء التسجيل في إحدى مدارس FCPS، ما لم تلغ هذه الموافقة كتابيًا في أي وقت، باستثناء أن أي إلغاء من هذا القبيل لن يسري على المعلومات التي جرى إصدارها بالفعل بموجب هذه الموافقة.

## الرجاء الرجوع إلى تلميذ المدرسة