



## विद्यार्थी दृष्टि स्क्रिनिङ सहमति फाराम

विद्यार्थीको नाम: \_\_\_\_\_ जन्ममिति: \_\_\_\_\_

आदरणीय आमाबुवा/अभिभावक:

तपाईंको बच्चाको अध्ययनका लागि राम्रो दृष्टि आवश्यक छ। बच्चाहरूले वर्षेसम्म सबै कुरा एउटै तरिकाले देखेको हुन सक्ने र संसारले बच्चलाई देखे जस्तो हुँदैन भन्ने कुराको उनीहरूलाई थाहा नभएकाले गर्दा प्रायः कमजोर दृष्टिको बारेमा गुनासो गर्दैनन्। निःशुल्क सेवाको रूपमा, विद्यालयको नर्सले मापदण्ड अनुसारको आँखा चार्ट प्रयोग गरेर तपाईंको बच्चाको दृष्टि मूल्याङ्कन गर्ने छ। स्क्रिनिङमा तपाईंको बच्चाले टाढाबाट अक्षरहरू पढ्न वा वस्तुहरू पहिचान गर्नुपर्ने हुन्छ र केही अवस्थाहरूमा क्लोज अपलाई (नजिक र टाढाको दृष्टि स्क्रिनिङ भनिन्छ)। नर्सले तपाईंको बच्चाको दृष्टि स्क्रिन सञ्चालन गर्नका लागि पहिले सहमति आवश्यक हुन्छ।

दृष्टि स्क्रिनिङले आँखाको स्याहार गर्ने विशेषज्ञद्वारा गरिने व्यापक आँखा परीक्षणका लागि प्रतिस्थापन गर्दैन। तपाईंलाई आफ्नो बच्चाको दृष्टिको बारेमा कुनै पनि चिन्ता भएमा, आँखा परीक्षणका लागि आँखाको स्याहार गर्ने विशेषज्ञसँग सम्पर्क गर्नुहोस्।

कृपया तल चयन गर्नुहोस्, हस्ताक्षर गर्नुहोस्, मिति राख्नुहोस् र यस सहमति विद्यालयको नर्सलाई फिर्ता दिनुहोस्:

- म विद्यालयको नर्सलाई आफ्नो बच्चाको दृष्टि जाँच गर्नका लागि सहमति दिन्छु।
- म विद्यालयको नर्सलाई आफ्नो बच्चाको दृष्टि स्क्रिनिङ गर्नका लागि सहमति दिदैन।

तपाईंले सहमति दिनुहुन्छ र तपाईंको बच्चाले चश्मा वा कन्प्याक्ट लेन्स लगाएमा, दृष्टि स्क्रिनिङको दिनमा तपाईंको बच्चाले तिनीहरूलाई लगाएको हुनुपर्छ भनेर सुनिश्चित गर्नुहोस्। तपाईंको बच्चाले स्क्रिनिङ पास गरेन वा आँखा जाँच गर्न आवश्यक छ भने **मात्र** तपाईंलाई पत्रद्वारा सूचित गरिने छ।

X \_\_\_\_\_

(आमाबुवा / कानुनी अभिभावक/ स्वतन्त्र विद्यार्थीको हस्ताक्षर)

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

(हस्ताक्षर गरिएको मिति)

तपाईं कुनै पनि समयमा लिखित रूपमा यो सहमति रद्द नगर्नेबाहेक कुनै पनि यस्तो खारेजीले पहिले नै यस सहमतिमा निर्भरतामा जारी गरिएको जानकारीलाई असर नगरेसम्म यस सहमति फाराम स्नातक, प्रस्थान र/वा FCPS विद्यालयबाट नामाङ्कनको अन्य समाप्तिको माध्यमबाट तपाईंको बच्चाका लागि प्रभावमा रहने छ।

## कृपया विद्यालयको नर्समा फर्कनुहोस्