



Quality Learning and Superior Performance for All

1120 Dahlonega Highway • Cumming, Georgia 30040 • Telephone 770.887.2461 • Fax 770.781.6632

Solicitud de evaluación de visión y audición (Vision and Hearing Screening Request)

Nombre y apellidos del alumno: _____

Las Escuelas del Condado de Forsyth tienen mi autorización para que mi hijo sea evaluado de la visión y la audición.

Padre / tutor:

imprimir el nombre

Firma del padre / tutor

Fecha

For Office Use Only:

Requested by _____

Department _____

Near Vision Screening Required ___ Yes ___ No