



EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE

130 Flicker St. Memphis, TN 38104 office 901.416.6432 fax 901.416.8451

2026-27 Proyecciones a Petición especial y sólo CLUE

Formulario de Consentimiento Para el Examen Auditivo

Nombre de Estudiante _____ **Grado/Seccion** _____

Escuela _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Este formulario debe ser completado y devuelto si desea que su hijo/a sea examinado. Su firma a continuación certifica que usted es el padre/madre/tutor legal del niño mencionado arriba, dando permiso para que la audición de su hijo/a sea examinado. Para más información, relacionada con este chequeo llame a Health Promotions al 416-6432.

Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Formulario de Consentimiento Para El Examen de la Vista

Nombre de Estudiante _____ **Grado/Sección** _____

Escuela _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Este formulario debe ser completado y devuelto si desea que su hijo/a sea examinado. Su firma a continuación certifica que usted es el padre/madre/tutor legal del niño mencionado arriba, dando permiso para que la audición de su hijo/a sea examinado. Para más información, relacionada con este chequeo llame a Health Promotions al 416-6432.

Padre/Tutor _____ **Fecha** _____